

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

THÈSE

N° 956

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Madame Françoise E. BRAUNER

née le 16 Avril 1911, à Vienne

Présentée et soutenue publiquement le 30 Octobre 1957

DE LA COOPÉRATION ENTRE
MÉDECINS ET PÉDAGOGUES

AU SERVICE DES ENFANTS ARRIÈRES MENTAUX
(d'âge scolaire non internés)

Président : M. LÉON MICHAUX, Professeur

S.A.B.R.I., 292-296, Rue Saint-Jacques, PARIS (V*)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Madame Françoise E. BRAUNER

née le 16 Avril 1911, à Vienne

Présentée et soutenue publiquement le 30 Octobre 1957

DE LA COOPÉRATION ENTRE
MÉDECINS ET PÉDAGOGUES

AU SERVICE DES ENFANTS ARRIÈRES MENTAUX
(d'âge scolaire non internés)



Président : M. LÉON MICHAUX, Professeur

S.A.B.R.I., 292-296, Rue Saint-Jacques, PARIS (V°)

DOYEN HONORAIRE :

M. Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Bénard (H.), Brocq (P.), Cadenat, Carnot, Chabrol, Champy, Chevassu, Debré (R.), Delbet, Donzelot, Gastinel, Guillain, Halphen, Harvier, Laroche (G.), Laubry, Lemaître, Lévy-Solal, Lhermitte, Lia, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mondor, Mulon, Olivier (E.), Richet (Ch.), Sannière, Sézary, Tanon, Velter.

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	JEAN-BERNARD
Chimie médicale	JAYLE (M. F.)
Cliniques chirurgicales..	MÉNÉGAUX
	SICARD (A.)
	MOULONGUET (P.)
	QUÉNU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et Horthopédique	MERLE-D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	de GAUDART-D'ALLAINES
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux ...	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Cliniques médicales	FUNCK-BRETANO (P.)
	BARIÉTY (M.)
	JUSTIN-BESANÇON
	MOREAU (R.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	DE GENNES (L.)
Clinique médicale propédeutique	DEBRAY
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	PASTEUR-VALLERY-RADOT (L.)
Cliniques obstétricales..	BOULIN (R.)
	LANTUEJOL (P.)
	LAGOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	VARANGEOT
Clinique oto-rhino-laryngologique	RENARD
Clinique phydio-pathologique des problèmes alimentaires	AUBIN (A.)
Clinique psychiatrique infantile	HAMBURGER
Clinique rhumatologique et sociale	MICHAUX (L.)
Clinique stomatologique	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique médicale	SÉNÈQUE (J.)
Clinique urologique	LEMAIRE (A.)
Embryologie	FEY (B.)
Génétique médicale	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie ...	LAMY (M.)
Histologie	SOULIÉ
	VERNE (J.)

MM.

Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	N...
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expéri- mentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F. P.)
Pathologie médicale	DECOURT
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (ch. à titre personnel).	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESCREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	N...

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.

Anatomie	{ DELMAS (A.), pr. s. ch. DEBEYRE (J.) OLIVIER CABROL (C.)
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARD (M ^{lle} P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (CH.)
Bactériologie	{ NÉVOT (A.) CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	{ ETTORI (J.), pr. s. ch. N... N...
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (F.)
Embryologie	TUCHMANN
Histologie	{ N... N... N...
Hydrologie	CORNET
Hygiène	{ BOYER (J.), pr. s. ch. DEPARIS (M.), pr. s. ch.
Maladies infectieuses	BASTIN
Médecine légale et du travail	{ DEROBERT (L.), pr. s. ch. GAULTIER (M.) HADENGUE (A.) ALBAHARY
Neurochirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE
Obstétrique	{ GRASSEI (J.) LEPAGE (F.) MERGER (R.) MORIN (P.) RAVINA (J.) ROBEY (M.) LE LORIER
Ophthalmologie	{ DESVIGNES (P.) BRÉGEAT
Orthopédie	JUSET (R.)
Oto-rhino-laryngologie	{ AUBRY (M.) MADURO (R.)

	MM.
Parasitologie	{ CHABAUD (A.) N...
Pathologie chirurgicale	{ ABOULKER (P.) BAUMANN (J.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) OLIVIER (CL.) POILLEUX (F.) VERNE (J. M.) DUBOST MATHEY FLABEAU CAUCHOIX FAUREL BARCAT GERMAIN THOMERET
Pathologie chirurgicale	{ LÆPER (M.) MAURICE BOUDIN (G.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DOMART (A.) LAMOTTE (M.) LAROCHE (CL.) MILLIEZ (P.) PÉQUIGNOT (H.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (ST.) TURIAF (J.) BRICAÏER ROYER BRISAUD DEROT BOUVIER MACREZ WOLFROMM
Pathologie expérimentale	{ JOSEPH (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKY (CL.)
Pédiatrie	{ CHEYMOL (J.), pr. s. ch. LEVY (M ^{lle} J.), pr. s. ch.
Pharmacologie	{ BARJETON (D.), pr. s. ch. PARROT (J.), pr. s. ch. DEJOURS (P.)
Physiologie	{ DJOURNO (A.), pr. s. ch. GOUGEROT (L.)
Physique médicale	{ KREIS (B.) PICHOT DELBARRE
Pnemo-Phtisiologie	{ CHAPUT (M ^{me} A.) CERNÉA (P.)
Psychiatrie	{ CHASSAGNE
Rhumatologie	{ KUSS (R.)
Stomatologie	
Thérapeutique	
Urologie	

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	{ AMELINE (A.) HUGUIER (J.) LÉGER (L.) PADOVANI (P.) ROUX (M.) RUDLER (J. C.)
Clinique médicale	{ BROUET (G.) N... DREYFUS (GILBERT)
Clinique médicale	{ HAGUENAU (M.), pr. s. ch. KOURILSKY (R.) MARCHAL (G.)
Clinique obstétricale	{ ECALLE (G.) MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)
Secrétaire général de la Faculté	M. MOREL (J.)
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur, chargé de la direction	M. le docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle GOICHON
Bibliothécaires	{ Mlles DUMAITRE (P.) LAURENT (H.), LE NOIR (G.) QUIÉVREUX (E.)

« Nous n'avons donc pas lieu de désespérer. Sans doute, en face du budget de guerre, le budget consacré à la protection, l'assistance et l'éducation de l'enfance est minime. Il y a 400.000 enfants déficients éducatibles et perfectibles, sans compter ceux qui sont inéducatibles, sans compter les caractériels. Or, un certain nombre de principes peuvent être retenus. Tout enfant déficient est récupérable et utilisable. Tout progrès de l'enfant même au plus bas du niveau mental, est « rentable ». Voilà ce qu'il faut faire comprendre à la Sécurité Sociale. Tout enfant déficient a besoin à la fois du médecin et de l'éducateur. »

*Professeur G. HEUYER,
Bilan de 25 années de travail, p. 272.
Congrès de l'U.N.A.R. Nancy. Oct. 1949.*

PRESENTATION

La meilleure médication, les meilleurs principes thérapeutiques peuvent rester inefficaces s'ils ne s'insèrent pas dans un ensemble de mesures prises en faveur du jeune être, surtout lorsque celui-ci est physiquement, nerveusement ou mentalement déficient.

Il m'a paru que le véritable complément de toute mesure médicale prise pour un enfant est l'acte éducatif, dans un sens extrêmement large, mais où l'instruction doit être présente, sous une forme ou une autre.

Au service des enfants physiquement déficients, la coopération entre médecins et pédagogues a fait ses preuves, dans le cadre de l'adaptation sociale des sourds-muets d'abord, depuis Jacob Pereire et Lecot, dans l'éducation des aveugles depuis Valentin Haüy. Aujourd'hui, non seulement tous les enfants déficients sensoriels, mais encore les paralysés, sont assurés de trouver une aide dès le plus jeune âge, dans une organisation à coopération médico-pédagogique très étudiée.

L'action menée pour l'enfance « inadaptée » — notion qui englobe toutes les déficiences mentales congénitales ou acquises — a connu un essor considérable, depuis une vingtaine d'années, et la Neuro-Psychiatrie Infantile a ouvert des horizons nouveaux où, il est vrai, la psychologie semble l'emporter sur la pédagogie.

Ayant participé, de mon mieux, en qualité de jeune médecin sortie de la Faculté de Vienne, au sauvetage et à la réadaptation physique et sociale d'enfants victimes de la guerre, des camps de concentration, de la famine, j'ai acquis la conviction que les lésions du système nerveux central infantile causées par l'effroi d'un bombardement, la souffrance de la faim, la douleur de la séparation, le choc d'une peur panique ne sont pas fondamentalement

différentes des troubles occasionnés par la dissociation familiale, l'inéducation et autres causes sociales apparemment à peine comparables en force.

Si l'on peut discuter des formes que doit prendre la coopération médico-pédagogique, sa nécessité ne peut être mise en doute, qu'il s'agisse d'enfants « inadaptés » à une époque d'horreurs, aux difficultés d'une vie sociale hautement développée ou aux écueils quotidiens de l'existence.

Cette coopération médico-pédagogique nous semble particulièrement négligée dans le domaine de l'enfance mentalement arriérée « organique » qui englobe notamment toutes les formes agenésiques dues à des causes héréditaires ou consécutives à des incidents de la gestation, de l'accouchement ou d'infections au cours de la première enfance.

Or, la France peut s'enorgueillir d'un travail de préparation extraordinaire réalisé par les plus grands médecins psychiatres du xix^e siècle qui, justement, ont consacré leurs efforts à ces créatures les plus déficientes. Ils étaient médecins et pédagogues spécialisés à la fois.

Mais leurs réalisations avaient un caractère expérimental, à petite échelle. Leurs enseignements ne semblent pas avoir été appliqués, élargis. La forme la plus souvent asilaire des institutions spécialisées pour les enfants arriérés profonds — imbéciles et idiots — ne représente pas une solution pour l'insertion de la grande masse des déficients mentaux organiques dans la vie. On s'efforce encore plus à soigner qu'à éduquer.



Dans ces conditions, il nous a paru utile de rechercher les raisons qui s'opposent actuellement à l'édification d'une organisation médico-pédagogique valable pour les enfants arriérés mentaux non admis dans les écoles, même dans les classes de perfectionnement. Il s'agit de savoir si les difficultés existantes sont inhérentes au problème médico-pédagogique ou non. Cela sera l'objet de notre premier chapitre.

Nous devons examiner, ensuite, dans un deuxième chapitre, la situation dans laquelle peut se dérouler, actuellement, le travail des médecins et des pédagogues, au service de cette catégorie d'enfants.

Enfin, dans la dernière partie du travail, nous tenterons de rapporter des expériences pratiques auxquelles nous avons pu assister de près, afin d'illustrer quelques-unes des possibilités qui s'offrent à une collaboration médico-pédagogique sincère. Nous chercherons à préciser tout le profit que doit pouvoir en tirer le médecin désireux d'aider l'insertion sociale de l'enfant arriéré mental d'âge scolaire, en dehors de l'internement encore trop souvent conseillé.

Notre scepticisme, vis-à-vis des pédagogues, prend souvent l'allure d'une tolérance apitoyée. Car les pédagogues, grâce à la simplicité des grands pionniers de leur science, ne se sont pas « retranchés derrière un langage et des notations qui peuvent apparaître ésotériques aux médecins non initiés » pour reprendre des paroles du professeur Michaux au sujet des psychologues. Leurs techniques, souvent simples, sont reprises abusivement par nombre de personnes non qualifiées. Le médecin, alors, ne voit dans le pédagogue, qu'un auxiliaire de second rang.

Dans le travail au service des enfants arriérés mentaux profonds, où la médication connaît des limites encore sévères, la pédagogie a un rôle important à jouer et la collaboration médico-pédagogique s'impose dans des formes qui sont généralement ignorées.

Le but de notre travail est de contribuer à leur élaboration.

F. B.

ORIGINES ET TENDANCES DU TRAVAIL MEDICO-PEDAGOGIQUE

Victimes encore, il n'y a guère longtemps, de la cruauté, de l'humour populaire ou d'une superstition qui pouvait les conduire au bûcher, les simples d'esprit, imbeciles et idiots sont considérés aujourd'hui comme ce qu'ils sont réellement : des malades.

Mais les moyens thérapeutiques à la disposition du médecin restent limités. Depuis que la science consacre ses efforts à la déficience mentale — depuis un siècle et demi à peine — la médecine s'est unie à la pédagogie et des solutions communes efficaces ont vu le jour. L'apparition récente de médicaments tels que l'acide glutamique et les neuroplégiques ont renforcé les possibilités que et les neuroplégiques ont renforcé les possibilités proprement médicales, mais encore celles de l'action pédagogique. La coopération reste nécessaire.

Le mérite d'avoir posé les problèmes scientifiquement revient aux médecins aliénistes appartenant à la génération du début du XIX^e siècle, génération qui comprend des noms prestigieux comme Pinel, Esquirol, Itard, Voisin, Falret, Belhomme, Ferrus... Or, tous, une fois le stade des premières observations cliniques dépassé, ont abordé la recherche thérapeutique en termes pédagogiques ou psychologiques.

Dépassant la conception humanitaire qui consiste à soigner le malade même là où l'on ne peut améliorer son état, ces psychiatres recherchent le perfectionnement par tous les moyens appropriés, et ils sont pédagogiques avant tout.

Esquirol avait défini l'Idiot comme « un individu chez

lequel les facultés intellectuelles ne sont pas développées ». De l'imbécile, Félix Voisin dit qu'il « possède toutes les facultés intellectuelles à un degré rudimentaire ». C'est la notion du *développement* qui est introduite ainsi. Elle suppose, en partant d'un terrain somatique donné l'*entraînement* des facultés. Cela est affaire d'éducation.

Nombreux sont les médecins qui, personnellement, ont franchi les limites de leur profession pour se servir de moyens pédagogiques. On connaît l'effort admirable, durant quatre années, accompli par le docteur Itard auprès du « Sauvage de l'Aveyron », garçon idiot dont les progrès réalisés étaient, certes, insignifiants si l'on tire le bilan. Mais une technique scientifique de l'éducation des arriérés mentaux était née et tous les « médecins-pédagogues » s'en sont inspirés. En 1828, le docteur Ferrus créa une école pour anormaux, à Bicêtre, et la célèbre Ferme de Sainte-Anne. En 1831, le docteur Falret tenta une expérience, à la Salpêtrière, et Félix Voisin suivit, en 1834, avec son « Institut d'orthophrénie ». De l'autre côté, parmi les instituteurs spécialisés collaborant avec ces médecins, s'est trouvé un homme de génie, Edouard Seguin qui, après avoir instruit les sourds-muets sous les ordres d'Itard jusqu'à la mort de celui-ci (1838), a fourni un véritable travail de pionnier dans le domaine de la rééducation des arriérés mentaux. Seguin, devenu médecin lui-même, est un symbole de la synthèse médico-pédagogique puisqu'il a créé l'outillage également indispensable aux médecins et aux éducateurs, travaillant non seulement pour l'enfance arriérée, mais encore pour l'enfance normale.

Une loi a consacré les efforts de ces hommes, la loi du 30 juin 1838 par laquelle, sur la base des rapports élaborés par le docteur Ferrus, les aliénés et les arriérés ont obtenu le droit à la protection et aux soins. Elle est la première borne sur la route que nous suivons encore, borne dépassée certes, mais qui marque une belle étape. D'autres noms mériteraient d'être cités. Rappelons du moins ceux qui ont été inscrits sur les pavillons de Bicêtre où, à partir de 1879, des enfants déficients mentaux ont été accueillis sous la direction du docteur Bourneville : Itard, Delasiauve, Ferrus, Belhomme, Voisin, Falret, Wilbur, Guggenbruhl, Seguin. Au xx^e siècle, les docteurs Montessori

et Decroly ont continué l'unité de l'action médicale et pédagogique.

*
**

A l'image des établissements modèles français — comme de bien entendu dénigrés, calomniés et attaqués par les contemporains — des réalisations semblables ont vu le jour dans presque tous les pays du monde. Seguin, qui les a toutes visitées, en donne un tableau impressionnant pour l'époque. Mais il est clair aussi que le nom d'Institut Médico-Pédagogique — déjà ! — n'était pas tout et que le travail accompli, dans bien des endroits, n'aboutissait à aucun résultat. C'est finalement aux Etats-Unis, sous la direction de Seguin qui avait émigré en 1850, que l'effort le plus systématique fut fourni.

Or, il ne faut pas perdre de vue que la plus belle réalisation de France, supprimée d'ailleurs pour des raisons administratives, réunissait à Bicêtre, quelques centaines d'enfants arriérés. Mais ces écoles ou sections spéciales hospitalières, d'une grande portée sur le plan scientifique, n'en avaient guère par rapport au nombre d'enfants arriérés vivant dans le pays ou morts sans soins appropriés. Encore trouvait-on, à Bicêtre, les catégories les plus diverses d'arriérés, puisque certains étaient aptes à faire marcher une véritable imprimerie où d'ailleurs furent imprimés les volumineux compte rendus du docteur Bourneville et sa Collection d'éducation spécialisée, tandis que d'autres enfants étaient des idiots dont l'état ne s'est que très peu amélioré.

Le problème de l'enfance arriérée mentale, comme celui des enfants « inadaptés » en général, s'est trouvé fondamentalement modifié à la suite de l'institution de l'obligation scolaire, par la Troisième République. La loi du 28 mars 1882 a visé toute la génération d'âge à apprendre et, parmi ces enfants dirigés sur les classes organisées en hâte, se trouvaient des dizaines de milliers de jeunes individus retardés, pas du tout préparés à la tâche scolaire, et encore d'autres milliers incapables de tout effort mental.

Ainsi naquit l'idée des classes que nous appelons les « Classes de Perfectionnement ». Au docteur Bourneville — le même qui avait organisé la section spéciale de Bicêtre et la Fondation Vallée pour les filles arriérées — est dûe

la préparation scientifique de la future loi Strauss de 1909, qui rendit possible la création des premières classes pour les retardés scolaires. Il s'est fondé sur un rapport d'une valeur humaine et scientifique considérable, rédigé à New-York, par le docteur Seguin, qui, quatorze ans après sa mort (1880) était encore inconnu dans son pays.

Selon cette loi de 1909, qui est encore en vigueur, peut-être justement parce qu'elle était provisoire dès le début, des classes spéciales « peuvent » être créées. Les catégories d'enfants : retardés, arriérés, instables, épileptiques, indisciplinés et d'autres, ne sont guère différenciées et il est clair que la catégorie mentale la plus basse ne pouvait intéresser les pédagogues, qui devaient faire face non seulement à la question des retardés, mais de l'enseignement obligatoire, en général.

Toutefois, des résolutions de principe qui n'eurent aucune suite furent votées à l'occasion des Congrès de 1896 et 1898 de la Ligue de l'Enseignement, en faveur des catégories écartées des écoles.

Enfin, au Congrès de la Ligue de l'Enseignement, en 1900, une résolution contient en germe, à la fois les idées principales encore maintenant à l'ordre du jour, et aussi les difficultés de coopération que nous aurons à connaître.

Réuni à la Sorbonne, le XX^e Congrès de la Ligue de l'Enseignement émet les vœux suivants :

- 1 - Que la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés soit révisée dans le plus bref délai possible en adoptant l'obligation de l'assistance et de l'éducation des enfants idiots, arriérés, épileptiques, etc.
- 2 - Qu'il soit fait un recensement spécial de tous les enfants anormaux.
- 3 - Qu'il soit créé pour les recevoir, un certain nombre d'établissements régionaux, soit autonomes, soit annexés aux asiles d'aliénés départementaux et qu'il soit pourvu à leurs frais au moyen d'un prélèvement opéré sur les fonds du pari mutuel.
- 4 - Que la direction et l'inspection de ces écoles soient réservées au personnel enseignant avec la collaboration médicale en ce qui concerne les idiots et les arriérés.
- 5 - (L'article traite d'un diplôme spécial).
- 6 - (L'article aborde le problème des jeunes vagabonds et des élèves indisciplinés qu'on appelle aujourd'hui « caractériels » ou « inadaptés sociaux »).

Aussitôt, la réplique vient de la part des médecins, dans

un article rédigé par le docteur Wahl, médecin adjoint des asiles d'aliénés (*Archives de Neurologie*, n° 60. Année 1906).

Le docteur Wahl attaque notamment l'article 4 de la résolution. Il cite la définition de l'idiot telle que l'a donnée Esquirol, puis il continue : un tel enfant

est à ce point de vue inférieur aux animaux même, il n'a généralement même pas l'instinct de la conservation, et, s'il n'est pas toujours complètement privé de la faculté de langage articulé, il n'arrive que très tard à dire papa, maman et quelques autres mots très simples et ne dépasse jamais ce faible niveau. Un pareil être n'a rien à apprendre dans une école si élémentaire qu'elle puisse être. C'est dans un hospice qu'on doit le recueillir, lui apprendre à être propre, à marcher, à parler. Ceci est uniquement de la compétence d'infirmiers bien dressés, sous la direction d'un médecin et ne relève en rien de l'instituteur.

Ce n'est qu'à l'imbécile tel qu'il est défini par Voisin que le docteur Wahl accorde l'assistance de l'instituteur. Enfin, plus loin, il spécifie :

L'état mental de ces enfants est un état pathologique ; c'est donc au médecin et au médecin seul qu'appartient la thérapeutique. Ce n'est que sous sa direction que l'instituteur doit agir, et non pas comme le veut la Ligue de l'Enseignement, l'instituteur maître de l'établissement, faisant appel quand il le juge utile, au médecin.

D'ailleurs, constate-t-il encore,

tel qu'il est formulé, le vœu n° 4 est en contradiction formelle avec le vœu n° 3. Si on annexe l'école des arriérés à un établissement d'aliénés ; si même on fait des établissements autonomes d'enfants anormaux, régis par la loi sur les aliénés, il est impossible que la direction de l'éducation soit confiée aux instituteurs. Le médecin, en effet, dans ces établissements, a tout pouvoir et c'est à lui qu'incombe le soin de diriger l'éducation des malades...

J. Boyer, professeur d'un Institut Médico-Pédagogique à Vitry-sur-Seine, secrétaire de la 5^e Commission du Congrès, prend la parole pour regretter qu'aucun médecin n'ait assisté au Congrès et signale l'indifférence profonde de la plupart des médecins français à l'égard des questions de l'enseignement. Puis, abordant le fond du problème, il nie l'existence d'une distinction réelle entre les imbéciles et idiots, rapportant les succès pédagogiques enregistrés avec des idiots complets :

ne parlant pas, ne marchant pas, se souillant continuellement, n'ayant, en un mot, qu'une vie végétative et que l'on a vus s'améliorer sous l'influence du traitement médico-pédagogique et arriver à marcher, parler, être propre, lire, écrire et travailler utilement. Puisqu'ils est impossible de diagnostiquer *a priori* l'incurabilité de l'idiot, pourquoi de parti pris, laisser ce malheureux en dehors de ceux que l'on croit pouvoir tirer bénéfice du traitement ?

La discussion s'est prolongée et, à vrai dire, elle n'a pas pris fin à l'heure actuelle.

En 1936, le Gouvernement issu du Front Populaire inscrivit le problème de l'enfance à l'ordre du jour. Les arriérés mentaux et retardés scolaires devaient obtenir les solutions tant attendues.

Or, c'est encore ce même antagonisme entre médecins et pédagogues qui apparaît à travers les efforts déployés. Deux Commissions siégeaient, l'une sous la présidence du professeur H. Wallon, au nom du Ministère de la Santé (Sous-Secrétariat d'Etat à la protection de l'Enfance, Mme Lacore), l'autre au nom de l'Instruction Publique (Sous-Secrétariat d'Etat de l'Education Nationale, Mme Brunschwig). Les projets élaborés par la première Commission étaient réellement remarquables. Un vaste programme de dépistage et de récupération fut mis sur pied. Ce programme n'a pas connu la moindre réalisation. Les enseignants ont battu les médecins d'une longueur : ils ont mis en pratique un stage de formation d'enseignants spécialisés pour les débiles légers.

La guerre a mis fin à tous les projets humanitaires. Pourtant, en France occupée, le problème de l'enfance déficiente reçut une solution autoritaire, sous la direction d'un Amiral, tandis que les médecins et les pédagogues furent mis d'accord par le classement de la question de la déficience mentale parmi les « problèmes humains » traités de façon assez métaphysique par un groupe de chercheurs.

En réalité, il serait faux de mettre le conflit médico-pédagogique entièrement sur le compte d'un désaccord entre deux professions. L'enfance « inadaptée » était devenue, depuis 1943 environ, l'enjeu d'une lutte politique, non pas simplement entre deux partis, mais entre deux conceptions fondamentales qui se retrouvent dans toute la vie publique de la Troisième et de la Quatrième République.

D'une part, il y a le principe de l'Ecole Laïque tel qu'il s'est imposé après 1882, se traduisant pour les enfants débiles par la loi Strauss de 1909. Cette Ecole Laïque cherche logiquement à inclure tous les enfants d'âge scolaire, dans un effort unique d'éducation nationale, sauf dans les cas où la maladie rend toute instruction impossible. L'instruction est ainsi un Service Public tout comme le sont les Chemins de Fer, les Ponts et Chaussées, les P.T.T. et le Service Militaire.

D'autre part, il y a le principe de la liberté individuelle selon lequel la famille peut choisir le mode d'instruction dont bénéficie l'enfant, avec ou sans l'intervention des serviteurs d'un culte. Selon cette conception, chaque philosophie ou religion devrait pouvoir se charger de l'éducation de sa jeunesse.

Le système de l'Ecole Laïque avait connu une brèche dès 1935 (Loi Astier permettant aux entreprises de verser la nouvelle taxe d'apprentissage à un établissement professionnel de leur choix). Désormais, l'insuffisance chronique du budget de l'Education Nationale était partiellement compensée par des mesures au bénéfice des écoles libres.

C'est dans cet esprit qu'a été créé le Comité de Coordination des différents Services d'assistance à l'enfance inadaptée déficiente ou en danger moral (Loi du 3 juillet 1944) qui comptait agir moyennant de nombreuses associations régionales et à l'aide de crédits votés par l'Etat Français.

Après la Libération, ce Comité de coordination a dû céder la place à l'Union des Associations Régionales de Sauvegarde de l'Enfance (U.N.A.R.) dont l'importance dans l'organisation et dans le fonctionnement des établissements pour l'enfance inadaptée est considérable. Elle joue un rôle proche de celui d'un Service Public. Dans son sein se retrouvent les représentants de plusieurs Ministères et de nombreux médecins neuro-psychiatres infantiles et spécialistes de l'enfance « inadaptée ».

De leur côté, les enseignants laïques n'ont nullement accepté ce partage entre « enfants normaux » appartenant, en principe, à l'école publique — privilège entamé également par la loi Barangé de 1951 qui accorde une subvention aux associations de parents d'élèves quel que soit l'établissement fréquenté par l'enfant — d'une part, et « enfants

inadaptés » relevant de la neuro-psychiatrie et, partant, souvent des associations privées, d'autre part.

Cette orientation de l'enseignement spécial en France, lisons-nous dans un article de M. Guilmain. (1) n'a rien à voir avec la science neuro-psychiatrique infantile et nous pensons, au contraire, que de nombreux médecins spécialistes en cette matière, préféreraient voir l'enseignement des enfants inadaptés s'orienter vers la création d'établissements publics stables et contrôlés.

Et plus loin, dans le même article :

En ce qui concerne plus particulièrement l'enfance inadaptée, nous souhaitons une collaboration médico-pédagogique large et confiante, parce qu'elle est utile à la fois aux enfants et aux maîtres ; mais nous n'acceptons pas qu'il n'y ait pas les crédits budgétaires suffisants au Ministère de l'Education Nationale pour créer des établissements publics spécialisés, alors qu'il y a les crédits budgétaires au Ministère de la Santé et des milliards à la Sécurité Sociale, au Ministère du Travail pour subventionner la création et le fonctionnement d'établissements privés.

Nous n'acceptons pas qu'un enfant adressé par un éducateur public à une consultation spécialisée de neuro-psychiatrie, en vue de son traitement, soit dirigé pour sa rééducation sur un établissement privé, alors que la famille reste dans l'ignorance des établissements publics spécialisés existants.

Nous pensons qu'il n'est pas logique que des établissements privés ne fonctionnant qu'avec des crédits publics (prises en charges par la Sécurité Sociale ou de l'Assistance à l'enfance) restent libres de faire annuellement des millions de bénéfices sur les crédits publics.

*
* *

Nous avons tenté d'analyser, aussi objectivement que possible, l'antagonisme qui oppose les défenseurs de l'Ecole Laïque à ceux de l'Ecole Libre, antagonisme qui se répercute avec force sur les tendances actuelles du travail pour l'enfance déficiente.

La réponse à la première question que nous nous sommes posée est ainsi fournie : il ne semble pas que les difficultés que connaît la coopération entre médecins spécialistes, d'une part, et pédagogues spécialisés, d'autre

(1) « De la nécessité d'une collaboration médico-pédagogique », *Cahiers de l'Enfance Inadaptée*, n° 3, Déc.-Janv. 1955.

part, soient dues à un conflit inhérent au problème proprement dit de l'enfance hors rang. En marge des divergences d'ordre politique, le travail commun des médecins et des pédagogues doit être parfaitement réalisable, d'autant plus que personne n'a sérieusement nié la responsabilité première du médecin, dans les cas d'arriération profonde organique, ni le bien-fondé de l'optimisme dont font preuve, avec courage, les pédagogues spécialisés en la matière.

Nous aurons à étudier dans quelles conditions une telle collaboration médico-pédagogique peut s'effectuer à l'heure actuelle.

II

CONDITIONS ACTUELLES DE LA COOPERATION MEDICO-PEDAGOGIQUE

Le problème de la coopération du médecin neuro-psychiatre infantile avec les autres spécialistes de l'enfance « inadaptée » a été discuté dans le détail, à de multiples occasions. Il est posé généralement dans la perspective offerte par les internats pour enfants inadaptés éducatibles, où médecins, auxiliaires et éducateurs se rencontrent obligatoirement, d'autant plus que tous ces établissements ont perdu leur caractère asilaire. Pour ce qui est plus spécialement de la collaboration entre psychiatres et éducateurs, en internat, nous signalons un compte rendu récent du docteur Lebovici, dans la Revue de Neuropsychiatrie Infantile. La discussion ne semble pas avoir touché le domaine de l'enfance non internée, vivant dans la famille et ne fréquentant aucun établissement scolaire, car il a manqué, jusqu'à présent, un champ d'action aux équipes médico-pédagogiques constituées.

Quels sont la direction, la composition et les moyens d'action de ces équipes si elles ont à intervenir au service de la catégorie d'enfants qui nous préoccupe ?

Nous trouvons, notamment chez les professeurs Lafon et Heuyer, des indications très précises sur la structure de l'équipe, les principes de coopération et la division du travail.

Dans un article de la revue *Sauvegarde de l'Enfance* (Janvier 1950), sous le titre *L'Equipe de Psychopédagogie Médico-Sociale*, le professeur Lafon insiste d'abord sur « l'esprit » de l'équipe qui doit unir ses membres. Il n'éprouve pas le besoin d'une direction obligatoirement médicale.

Certes, il faut à l'équipe une tête, mais cette tête n'est pas obligatoirement tel ou tel personnage. C'est lui qui, à côté des dons personnels, possède des connaissances et une expérience de l'humain normal et inadapté suffisantes pour comprendre ses coéquipiers, les aider et coordonner les efforts.

Dans l'état actuel des formations professionnelles, c'est bien souvent le médecin, le neuro-psychiatre, qui prend figure de chef, pour des raisons faciles à comprendre, mais celui-ci commettrait une grave erreur s'il centralisait tout le problème de l'enfant inadapté sur la pathologie et s'il considérait ses coéquipiers comme de simples agents d'exécution.

Pour sa part, le professeur Heuyer est plus catégorique :

La pédopsychiatrie est un travail d'équipe. Mais le diagnostic de synthèse et la mesure à prendre qui est une forme de thérapeutique, sont du ressort du psychiatre. C'est lui qui, s'entourant de tous les renseignements nécessaires, doit assumer toutes les responsabilités.

Introduction dans la Neuro-Psych. Inf., p. 50.

Le docteur Fay, médecin-inspecteur des écoles primaires de la Région Parisienne, dans un article déjà ancien (1929), dans *Education*, insiste sur la coopération indispensable entre médecins et éducateurs, mais il accorde à chacun toute autorité dans son domaine.

Un médecin belge, le docteur Ley, estime qu'une direction pédagogique est inutile dans l'enseignement spécial puisqu'il s'agit, dans ce domaine, d'un personnel enseignant d'élite qui connaît son métier. La direction reviendrait donc au médecin.

C'est le professeur L. Michaux qui, dans un article tout récent sur « L'organisation française de l'assistance aux insuffisants mentaux » (*Le Sud Médical et Chirurgical*, Avril 1957) fournit l'argument essentiel pour une direction médicale :

La complexité du problème (des insuffisants mentaux) apparaîtra dès lors et sa conséquence essentielle : la multiplicité des formes fait que *leur discrimination, base de l'orientation, ne peut être que le fait du médecin ; les psychologues et les pédagogues ne sont que les auxiliaires de celui-ci.*

Et l'article conclut :

... de ce que nous avons dit, deux grandes notions se dégagent, qui dominent la conception pédo-psychiatrique :

1 - Nécessité d'une direction médicale en la personne d'un médecin spécialisé.

2 - Travail en équipe apportant à celui-ci la collaboration d'un psychologue et d'une assistante sociale à temps complet, d'éducateurs spécialisés dans la pédagogie des enfants inadaptés, comme de rééducateurs de la parole nantis du diplôme d'orthophonie.

Cette symbiose est condition essentielle d'efficience.

Pour analyser ce travail en équipe, nous partirons d'un tableau synoptique offert dans l'article déjà cité du professeur Lafon, où les différents postes sont classés par degré de spécialisation, en ordre décroissant.

En internat

I	II	III	IV
Educateur spécialisé	Instituteur spécialisé Moniteur de formation professionnelle spécialisé Assistant de psychothérapie	Pédopsychiatre Rééducateur de sensori- motricité Rééducateur de la parole Moniteur d'éducation physique	Administration Econome- Secrétaire Médecin Infirmière

En cure libre

I	II	III	IV
Le même	Les mêmes plus : Monitrice d'enseignement ménager familial Conseiller de psychologie Assistante soc. spécialisée	Les mêmes	Les mêmes sauf le médecin l'infirmière

Dans le cadre de notre sujet sur la coopération médico-pédagogique, nous pourrions ne pas parler des postes d'administrateur, d'économe-secrétaire, d'infirmière.

Il suffira, d'autre part, de souligner le rôle de première importance que joue, pour le contact avec la famille, dans les cas de « cure libre », l'Assistante Sociale spécialisée.

La coopération pourra poser des problèmes dans les rapports entre le médecin neuro-psychiatre et :

- 1) l'équipe des auxiliaires : rééducateur de sensori-motricité
rééducateur de la parole
- 2 les psychologues : assistant de psycho-thérapie
conseiller psychologue.
- 3) le groupe pédagogique : éducateur spécialisé
instituteur spécialisé.

Nous examinerons successivement le rôle de ces collaborateurs.

*
* *

L'équipe des auxiliaires

Les études que doit suivre un auxiliaire médical ont été, depuis peu, réglementées :

Il faut trois années aux orthophonistes, deux années aux kinésithérapeutes et une année supplémentaire à celui qui veut devenir rééducateur de la psycho-motricité.

Cette formation ne saurait certainement pas être obtenue en moins de temps et nous savons aussi qu'elle n'est vraiment complète qu'après une pratique prolongée. Qui connaît la légèreté avec laquelle est pratiquée encore une telle « rééducation » dans certains établissements, suivra entièrement le docteur J. Lang qui dit, dans la *Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile*, de mars 1957, en parlant de ces auxiliaires qu'

ils accomplissent un acte médical et ce dernier ne saurait être distribué par des auxiliaires, peut-être très compétents, mais sans contact avec le reste de l'équipe. Mais surtout, personne ne peut s'improviser orthophoniste, psycho-thérapeute ou rééducateur de la motricité. Si nous manquons encore de personnel spécialisé dans ces techniques, si peut-être, certains n'ont pas eu les contacts nécessaires avec les éducateurs ou instituteurs, ce serait une erreur grossière de croire que ces derniers n'ont que peu d'efforts à faire pour les remplacer... (p. 104).

Tout en soulignant la nécessité d'une formation très sérieuse, il faut se garder d'attribuer un rôle exclusivement technique à ces auxiliaires. Toutes ces spécialités comportent des possibilités et des responsabilités éducatives et

psychothérapeutiques et le spécialiste irait droit à l'échec, surtout avec des enfants « inadaptés » et arriérés mentaux, s'il tentait de n'entreprendre qu'un simple entraînement fonctionnel.

Les psychologues

Le problème du dépistage des arriérés parmi la grande masse des enfants d'âge scolaire s'est posé dès l'introduction de l'obligation scolaire.

Quelles que soient les réserves que l'on peut faire à l'égard des « tests », le mérite de Binet et Simon reste d'avoir, en 1905, offert les éléments d'un « système métrique de l'intelligence » en fournissant un ensemble d'épreuves « étalonnées » qui caractérisent les différentes étapes de l'évolution infantine. Dans une population homogène d'enfants citadins ou vivant en milieu rural, les appréciations aboutissent à des résultats moyens justes en situant chaque individu par rapport à un niveau considéré comme « normal ».

Il faut simplement être conscient des limites de ces tests : d'abord, on ne peut détecter qu'un état de fait *statique* : dans telles conditions, dans telles circonstances, l'enfant semble capable ou incapable de telle performance. Presque rien n'est encore dit sur ses aptitudes dans l'ensemble, rien surtout sur les causes du retard ou de l'inaptitude constatée. L'échec peut être dû à des retards d'ordre éducatif ou à quelque inhibition passagère.

Pour aller plus loin dans l'effort d'investigation, le psychologue a recours à des examens très divers. Leur précision est incertaine, puisqu'ils exigent des interprétations subjectives, en admettant toutefois que la technique employée corresponde réellement au but recherché. Le non-psychologue s'inquiétera plus particulièrement du nombre excessif des tests existants — on a parlé de plus de mille formules — ce qui semble prouver qu'aucune n'a vraiment donné entière satisfaction.

Les médecins neuro-psychiatres qui font appel aux psychologues ont pris position. Ils reconnaissent, en général, une valeur de tests...

le pédopsychiatre a besoin de la collaboration du psychologue. Seul, il ne peut appliquer tous les tests nécessaires :

tests de niveau mental, tests moteurs, tests de caractère, tests psychotechniques. La pratique des tests caractérise la méthode de la Psychiatrie Infantile. Elle distingue celle-ci de la pédiatrie et de la psychiatrie de l'adulte. Elle a introduit la mesure dans l'étude psychologique de l'enfant ; elle a fait de la psychologie infantile une œuvre scientifique. Cet instrument de mesure objectif, interchangeable, est indispensable, *il n'est pas suffisant pour faire un diagnostic*. Celui-ci reste médical dans sa forme et dans ses applications. Il comporte une étiologie, un pronostic, une décision thérapeutique. Il nécessite des connaissances de génétique, car l'hérédité reste la cause essentielle des déficits mentales et de beaucoup de troubles du caractère... C'est la dissociation des causes qui peut permettre les thérapeutiques... Les tests psychologiques ne sont qu'un des éléments d'un diagnostic qui est complexe. Le psychologue doit être le collaborateur du pédopsychiatre qui garde la responsabilité du traitement et de la mesure à prendre pour permettre la réadaptation sociale de l'enfant...

Heuyer, *Introduction*, p. 6.

Dans de nombreux autres articles, les neuro-psychiatres ont mis en garde les psychologues devant la tendance très nette de se substituer au médecin, de faire le diagnostic, de procéder à une psychothérapie, d'entreprendre même un traitement psychanalytique extrêmement dangereux surtout entre les mains de non-médecins.

Dans sa préface au livre du docteur Gilbert-Robin, le professeur Heuyer dit :

Actuellement, les psychologues scolaires veulent se charger du dépistage des écoliers inadaptés. Ils oublient qu'il ne suffit pas de faire la constatation d'une arriération intellectuelle pour affirmer un diagnostic de déficience mentale. Il n'y a pas deux arriérés de même niveau mental qui se ressemblent ; la mesure à prendre pour chacun d'eux peut être tout à fait différente...

G. Chabaliér, assistant de psychologie, à Montpellier, dans la revue *Sauvegarde* (déc. 1953), raille en connaissance de cause, la croyance utopique au « Quotient d'intelligence » (Q. I.) :

A supposer que sa valeur de classement soit réelle, et nous venons de voir qu'elle ne l'est pas entièrement, il ne saurait jamais être qu'une étiquette sur des produits totalement différents. Les établissements qui ne reçoivent par exemple, que des enfants d'un quotient intellectuel égal ou supérieur à 100-75-65 font une démarche aussi sensée

que celle d'un liquoriste qui ne passerait ses commandes à son grossiste qu'avec la seule dimension des bouteilles à lui envoyer : tant de 40 cm., tant de 20 cm. et sans se soucier du contenu !

Devant tant d'incertitude, le médecin, au moment d'utiliser une mesure offerte par le psychologue au service d'un enfant déficient, se souvient qu'il est homme avant tout. Le chiffre qui caractérise, semble-t-il, le niveau mental de l'enfant, décide de son avenir. A partir de 0,60, toutes les portes d'école se ferment devant lui, car l'Administration s'est très vite emparée d'une mesure trop commode. Si le test dit 0,55,57.58... une vie est perdue. Or, il faut lire un article honnête comme celui de Chabalier et quelques autres : ces chiffres ne peuvent être précis, ils sont tout au plus une indication, un indice à interpréter.

L'équipe pédagogique

Dans son rapport sur le pédo-psychiatre, devant la première Commission, au Congrès de l'U.N.A.R., en 1951, le professeur Heuyer a dit :

Enfin, en psychiatrie infantile, la collaboration médico-pédagogique est essentielle. Elle doit être respectée du médecin qui ne peut se charger de la pédagogie. Elle doit être acceptée par le pédagogue qui ne peut faire un diagnostic et ne peut entreprendre une thérapeutique médicale ou psychologique.

Dans l'*Introduction à la neuro-psychiatrie*, le professeur Heuyer est sévère pour les pédagogues :

Quelques pédagogues, devant l'évidence de l'insuffisance motrice qui accompagne la déficience intellectuelle, se sont astreints à étudier les anomalies motrices de l'enfant, retards et déséquilibres (Guilmain). Ils ont tenté ainsi de faire œuvre médicale. Il est préférable de laisser à chacun son métier. (p. 41).

La délimitation des compétences, tout à fait nécessaire partout où l'on agit en partant de connaissances précises, doit être pratiquée de façon plus nuancée, nous semble-t-il, partout où il ne s'agit pas seulement de technicité. Ce que nous avons cru devoir dire à propos des spécialités de rééducation motrice ou de la parole, à savoir que le techni-

cien aurait tort de se cantonner dans l'entraînement fonctionnel sans tenir compte du contexte social, est plus important encore dans l'action pédagogique et dans la collaboration médico-pédagogique. Il est nécessaire d'éclairer le problème à la fois du point de vue du médecin et de celui du pédagogue.

Le problème avec ses aspects multiples se reflète dans une intervention du professeur J. Dechaume, de l'Université de Lyon (*Sauvegarde*, 1950) :

Il est vrai que de nombreuses personnes pensent que les enfants irréguliers ou inadaptés ne sont pas des malades, que l'enfance anormale, dans la majorité des cas, ne relève pas de la médecine, ni même de la spécialité neuro-psychiatrique. Pour les paralysés et les infirmes, les séquelles post-encéphalitiques graves, l'accord semble être fait, laissant aux médecins les cas graves avec des lésions cérébrales importantes.

Quant il s'agit de troubles du développement intellectuel et surtout pour les cas bénins, les pédagogues prétendent qu'ils ne relèvent pas de traitements médicaux, mais de méthodes pédagogiques ; et n'ont-ils pas pour eux la loi de 1909 qui montre combien l'Education Nationale s'est préoccupée de ces problèmes ? Mais il faut bien reconnaître qu'elle fut faite à un moment où la neuro-psychiatrie infantile n'était pas une spécialité autonome, qu'elle est restée facultative et que toutes les tentatives proposées par les médecins, faites pour l'amender, sont restées jusqu'ici sans résultats...

Allons-nous retomber dans la discussion d'après le Congrès de 1900 ? Faudra-t-il une mesure pour établir à partir de quand un cas est grave, partant médical, et quand il est assez bénin pour être abandonné aux pédagogues ? Le médecin ne risque-t-il pas d'être lui-même renvoyé à ce qui le regarde, car

la notion d'inadaptation ne va pas sans poser au psychiatre d'enfants des problèmes profondément originaux, difficiles et, si l'on peut dire, dangereux. Elle l'introduit, en effet, à une foule de questions psychologiques, sociales, pédagogiques, voire juridique, qui ne sont habituellement pas de la compétence médicale. (Docteur Le Guillant, dans la discussion devant la première Commission : *Le pédo-psychiatre*, 1951).

Une telle lutte autour de l'enfant déficient, de quelque

degré qu'il soit, est préjudiciable à celui même que nous voulons aider.

Dans son intervention, citée plus haut, le docteur Le Guillant continue :

Tant qu'il s'agit seulement, en effet, d'une anomalie infantile, qu'elle soit liée à un trouble neuro-psychique ou à une altération de la santé générale, le médecin spécialisé se tient sur un terrain solide. Personne ne songe à contester à la fois la légitimité et l'utilité de ses interventions dans ce domaine.

Il en va quelque peu différemment lorsqu'il étend son rôle et sa façon de considérer les choses à des manifestations plus complexes, telles que les « troubles du comportement ». Ceux-ci, sans doute, ne sont pas sans comporter parfois un aspect « médical », mais ils se présentent habituellement, avant tout, comme la réaction, superficielle ou profonde, passagère ou durable, à certaines conditions concrètes, matérielles ou morales vécues par l'enfant.

En ce sens, toute la psychiatrie infantile est dominée par le problème, non seulement fondamental, mais en quelque sorte *préalable*, de la nature même des faits dont elle a à connaître. Rôle des dispositions innées et acquises, des structures et des événements, du donné et du vécu, telles sont les interrogations primordiales de la « pédo-psychiatrie ».

Il est certain que toute minimisation du facteur médical est dangereuse et que, d'autre part, l'extension de l'intérêt des pédo-psychiatres à des problèmes extérieurs à leur spécialité est un phénomène tout à fait positif qui ne peut être que fructueux. Ce qu'il faut éviter est une tendance possessive, la transformation systématique, en problème médical, de tout ce qui est à la portée du spécialiste.

Mordre sur la place de la pédagogie peut être inutile et, certainement, est préjudiciable à la coopération. Son domaine n'est pas seulement celui de l'instruction. Et même celle-ci doit être prise dans un sens très large. Nous lisons dans l'ouvrage de A. Brauner : *Pour en faire des hommes* :

Bref, les enfants « inadaptés », dans leur grande masse, ne sont pas de petits malades qu'il s'agit de découvrir parmi les enfants sains, comme on détecte les malformations et la tuberculose. Ce sont des enfants comme les autres, mais les moins résistants face aux mauvaises conditions de vie. En les plaçant dans des établissements pseudo-psychiatriques, on leur établit déjà, me semble-t-il, un laisser-passer pour devenir, quand ils seront grands, les

bénéficiaires indolents d'une législation qui devrait être réservée aux malades et aux véritables déficients. Parlons moins de « psychothérapies », et plutôt de « psychoprophylaxie ».

Si les « inadaptés » étaient vraiment des malades, cela signifierait que le pays va vers un avenir redoutable. S'ils ne sont que des enfants négligés, il n'y a pas de quoi féliciter notre génération, mais tous les espoirs sont encore permis quand il s'agit de problèmes d'éducation. (pp. 177-178).

Il devrait être dans l'intérêt des médecins de découvrir moins des malades que des inéduqués, de déterminer leur part par un examen essentiellement clinique, pour renvoyer à l'acte éducatif tout enfant qui peut en bénéficier.

Or, le psychiatre reproche aux pédagogues leurs procédés non scientifiques. Le docteur Le Guillant dit :

Le pédagogue... profondément engagé dans une action qui s'alimente à des sources affectives et s'appuie sur des valeurs morales, atteint difficilement, quelle que soit la qualité de son intuition et de son expérience psychologique, à une attitude scientifique.

Ce jugement est fait à l'adresse des « éducateurs » qui collaborent avec le pédopsychiatre. Il nous oblige à établir une distinction nette entre ces auxiliaires pédagogiques, d'une part, et les spécialistes enseignants de l'enfant déficient mental, d'autre part. Ces derniers partent du principe fondamental établi par le docteur Seguin : « Exercés, les organes sans exception se fortifient et se développent. et le cerveau plus que pas un autre. »

Le travail pédagogique avec l'enfant arriéré est une technique d'instruction précise. En dirigeant sur ces spécialistes les cas de déficience mentale graves, nous doublons notre champ d'action. C'est cela qu'il faut entendre par coopération médico-pédagogique.

Cette distinction faite entre deux catégories de pédagogues que l'on n'a pas l'habitude de séparer, mérite d'être précisée.

Dans le tableau donné par le professeur Lafon, il était déjà question d'éducateurs et d'instituteurs spécialisés. En fait, c'est l'éducateur que l'on trouve dans les établissements-internats, qui disposent rarement de véritables instituteurs pour leurs classes et encore moins d'enseignants

possédant un diplôme pour enfants arriérés. Ces spécialistes sont formés pour les écoles de perfectionnement.

Dans son rapport devant le Congrès de l'U.N.A.R. de 1951, M. Pinaud, directeur de l'Ecole Théophile-Roussel, à Montesson, résume avec précision le rôle et les qualités requises d'un éducateur. Et il dit :

Dans le projet de loi relatif à la formation du personnel d'encadrement des établissements recevant des mineurs atteints de déficiences physiques, de troubles du caractère ou du comportement ou en danger, ainsi que dans une proposition de loi sur le même objet, présenté par Mme Poinso-Chapuis et un certain nombre de ses collègues, les fonctions de l'éducateur sont ainsi définies : l'éducateur est chargé, en dehors des heures de classe ou d'atelier, de la surveillance et de l'éducation des enfants et des adolescents présentant des déficiences physiques, des troubles du caractère et du comportement, délinquants ou en danger, confiés par les autorités judiciaires ou administratives, ou par les familles, à des établissements d'éducation et de rééducation.

Il résulte de cette définition que l'éducateur remplit une fonction propre à l'internat où il peut représenter, pour le médecin d'établissement, un collaborateur auxiliaire précieux, s'il appartient à la catégorie de jeunes pédagogues encore peu nombreux, qui ont choisi ce métier par goût en dépit des difficultés matérielles qu'il présente, à l'heure actuelle.

En externat et en classe de perfectionnement, le principal responsable pédagogique est l'instituteur spécialisé. Pour enseigner dans une classe de perfectionnement publique, l'instituteur doit compléter sa formation par un stage qui lui donne le certificat d'aptitude à l'enseignement des arriérés (C.A.E.A.). Pour les enfants arriérés profonds, les classes de perfectionnement n'ont pas de place et les établissements privés doivent faire appel à des enseignants dont la formation n'est pas définie.

Aussi, la discussion de savoir quelles qualités doit posséder le pédagogue spécialisé pour les enfants arriérés profonds est-elle pratiquement sans objet. C'est pourtant sur ce plan de la spécialisation qu'une collaboration étroite entre le médecin et le pédagogue aurait un sens.

Dans son *Introduction à la neuro-psychiatrie*, le professeur Heuyer spécifie (p. 41) :

Mais c'est une faute de réduire à une simple pédagogie les soins donnés à un enfant arriéré. La pédagogie réduite à l'instruction est à peu près inutile à l'adaptation sociale.

La distinction ainsi faite entre l'instituteur et l'éducateur semble tout à fait artificielle aux représentants de l'Ecole Laïque. Mlle Parent, directrice du Centre National de Pédagogie Spéciale, de Beaumont-sur-Oise, mit les choses au point, lors des Journées d'Etudes de Montpellier, le 17 novembre 1952 :

Nous affirmons, nous, que les instituteurs laïques ont toujours été des éducateurs, même lorsque, suivant la tradition intellectualiste de l'Université Française, ils ne paraissent se soucier que d'instruire leurs élèves. Est-il besoin, en effet, de rappeler que l'activité scolaire crée des habitudes morales, discipline l'enfant, régularise sa vie, l'entraîne à réfléchir...

... Mais les instituteurs laïques sont aussi, pour la plupart, des éducateurs par vocation et ils deviennent d'autant plus soucieux d'éducation qu'ils sont plus éclairés... ce qui est particulièrement vrai pour les membres de l'enseignement spécialisé.

Le médecin qui n'attribue pas à cette discussion la même importance que ceux qui font le métier pédagogique peut, au-delà d'une question de prestige, demander à savoir avec qui il doit collaborer : qu'est-ce qui fait la qualité de « l'éducateur » ?

C'est, nous dit M. Joubrel, président de l'Association Nationale des Educateurs de Jeunes Inadaptés, dans un article de *Sauvegarde*, le don « d'accrocher » l'enfant, de « sentir ses besoins » et cela ne s'apprend guère.

De leur côté, le docteur Le Guillant et G. Le Henaff disent, dans *Sauvegarde* (février 1950), que l'objectif fondamental que doit se proposer la formation des éducateurs

est défini par ces deux nécessités inséparables : d'une part, l'acquisition aussi étendue que possible des connaissances scientifiques (théoriques et pratiques) qui, si incertaines soient-elles, sont indispensables aujourd'hui à une compréhension véritable du comportement des enfants inadaptés ; d'autre part, la détection et la culture des dons naturels, des qualités affectives, caractérielles ou morales. Sans ceux-ci, l'exercice de l'art éducatif est privé de son inspiration essentielle et même de toute base solide.

A. Fabre, dans son article « L'expérimentation pédagogique, empirisme-expérience-expérimentation » (*Enfance* 2, 1949), pose le problème en scientifique :

(l'éducateur) qui veut prendre la posture expérimentale croit qu'on lui demande de se renier et de renoncer à tout ce qui avait retenu jusque là son activité...

... Choisir la science et prendre l'attitude expérimentale n'est donc point, pour l'éducateur, renoncer ou abandonner, mais se libérer et s'enrichir. La libération, c'est le rejet de l'irrationnel sous ses deux aspects : l'empirisme figé qui l'empêche d'exercer son pouvoir d'adaptation et l'idéalisme prétentieux qui l'égare. L'enrichissement, c'est la position progressive par une expérience vécue, d'une conduite de l'esprit, selon les règles qu'il a forgées au cours des siècles pour s'assurer d'une action efficace.

En somme, le chemin à prendre par le pédagogue est semblable à celui qui conduit le médecin, de l'art médical à une médecine plus scientifique de nos jours.

Cet effort vers une pédagogie scientifique, nous l'avons rencontré. Mieux que partout ailleurs, il se trouve dans le domaine de la pédagogie spécialisée pour l'enfant arriéré mental profond, où le contact humain n'est pas toujours possible, mais où des exercices précis aboutissent à des aptitudes nécessaires et, en fin de compte, à l'affection, de la part de l'être déshérité.

Les méthodes et les techniques se définissent par l'unique souci d'exercer afin de perfectionner ce qui existe de façon rudimentaire ; d'éduquer tout ce qui semble apte à progresser.

Chaque pas en avant sur le plan de l'aptitude physique de l'enfant entraîne une progression sur le plan mental. Toute acquisition mentale semble se répercuter sur l'être entier.

N'est-ce pas là une base extrêmement solide pour une coopération médico-pédagogique ?

Elle doit se mouvoir sur des bases scientifiques telles que les fournit la connaissance réelle de l'homme, ce qui n'exclut pas, bien au contraire, les sentiments humanitaires les plus généreux qui font la gloire commune des deux disciplines des sciences humaines.

III

POSSIBILITES PRATIQUES DE COLLABORATION MEDICO-PEDAGOGIQUE

On estime à plus de cent mille enfants, en France, les arriérés mentaux d'âge scolaire refusés par toute école, même en classe de perfectionnement.

Parmie eux figurent plusieurs milliers de déficients sensoriels : aveugles et sourds-muets, et aussi des épileptiques qui ne peuvent être admis dans les établissements spécialisés, en raison de l'insuffisance de leurs moyens mentaux.

Le nombre des places en internat spécialisé est insignifiant, même si l'on se montre très indulgent en accordant la qualité de spécialisation.

Or, si même il y avait assez de places, il apparaît que la grande majorité des familles ne désire nullement se séparer de l'enfant diminué mental. On y est très fréquemment plus attaché qu'aux autres enfants normaux. De nombreux contacts avec ces pères et mères nous ont montré qu'il faut une raison puissante pour imposer la séparation : dissociation familiale, misère du logement, réactions nerveuses de la part des frères et sœurs, agressivité inquiétante du jeune arriéré. Encore, connaissons-nous des cas où le conjoint, une sœur ou un frère bien-portants ont pratiquement été sacrifiés au bien-être d'un enfant difforme et malade. Des grandes sœurs ont préféré rompre des fiançailles, des mères ont laissé partir le père jaloux. Il est difficile d'être « raisonnable » devant tant de « courage » !

Pour ces enfants arriérés vivant au foyer, faute d'établissement ou parce que la famille le désire, aucune organisation véritable d'éducation n'existe. Quelques jeunes filles plus ou moins compétentes vont donner des leçons

particulières à domicile. Quelques rares cours privés acceptent ces enfants. Ils ont un caractère de garderie plutôt que celui d'un milieu éducatif ou scolaire. Un externat médico-pédagogique, à Paris, organise des séances de rééducation, en principe de trente minutes, deux fois par semaine. L'autre externat, celui dont nous parlerons, a adopté une formule plus scolaire, sous contrôle neuro-psychiatrique. Enfin, pour les enfants de plus de quatorze ans, une seule tentative d'éducation motrice systématique existe, à Paris. Pour le reste, l'on improvise une formation « professionnelle » dépourvue de base scolaire qui fournira, dans le meilleur des cas, des canneurs de chaises à profusion.

Au moins, au début, tous ces enfants arriérés moyens ou profonds sont-ils suivis médicalement puisque la famille, affolée, les présente aux spécialistes dès que la déficience est apparente. Mais au bout de multiples tentatives, devant l'impuissance de notre science médicale à l'égard de bien des lésions cérébrales, le petit malade échappe au contrôle des médecins. Des charlatans profitent, souvent cyniquement, parfois de bonne foi, du désespoir des familles. Les années passent. Les enfants vivent sans instruction ni traitement. Ils grandissent et, s'ils ne meurent pas, ils sont à la charge de la famille, puis de la collectivité. Le responsable ce n'est ni le médecin ni le pédagogue qui, sans faire de miracles, eussent pu améliorer l'état des choses. La responsable est l'organisation.

Il ne s'agit point là d'un problème secondaire. La question de l'enfance déficiente mentale se pose de façon assez paradoxale, puisque cette catégorie est en augmentation constante à une époque où les progrès de la médecine sont spectaculaires.

En fait, ce phénomène est dû aux réussites médicales, par exemple dans les situations obstétricales où, il n'y a pas longtemps, le médecin devait renoncer à sauver un être compromis, alors qu'il parvient aujourd'hui à lui garder la vie. Il est dû encore aux possibilités offertes au pédiatre d'arracher à la mort les jeunes enfants qu'une infection de l'encéphale marque cependant à tout jamais. La fragilité connue des mongoliens mêmes semble vaincue aujourd'hui et beaucoup d'arriérés profonds parviennent à une existence prolongée.

La Société devrait, ne serait-ce que dans un but démuni d'idéalisme, mettre dans la balance le poids d'une existence inutile à sa charge, contre le coût d'une éducation partielle, certes, mais qui peut permettre à l'individu imparfait de contribuer à son entretien, sans même parler du droit à la vie qu'il peut avoir, lui aussi.

Le médecin est responsable du rétablissement plus ou moins parfait de l'équilibre physiologique, dans la mesure du possible. Mais c'est l'éducation seule, nous semble-t-il, qui peut préparer l'enfant déficient mental à une existence sociale. Cette préparation doit commencer, non pas à l'âge où l'adolescent arriéré profond pose un problème quasi insoluble et où il ne pourra plus être formé qu'à des pratiques des plus simples. Elle doit et peut être commencée, au plus tard, à l'âge de l'obligation scolaire, sauf dans les cas où l'état des enfants impose la patience. Mais il faut ménager, à l'effort éducatif, la plus large marge possible entre le début de l'éducation et le début de la crise pubère, qui représente souvent un arrêt du développement.

Pendant toute cette période, l'intervention médicale devra aller de pair avec celle des spécialistes de l'éducation.

Quelles sont les perspectives d'une telle éducation spécialisée, si elle se fait dans de bonnes conditions ?

Il ne s'agit nullement d'un optimisme irrationnel de la part des pédagogues. Nous trouvons, dans le traité de *Psychiatrie Infantile* du professeur L. Michaux, dans le chapitre des « troubles de l'intelligence », des précisions qui justifient pleinement l'action pédagogique.

Pour les *idiots mongoliens*, le professeur Michaux dit .

L'état mental présente certaines particularités. L'arriération réalise des degrés divers entre l'idiotie et la débilité, mais même dans les cas les plus accentués, il est rare d'observer une idiotie complète. Ce qui caractérise surtout ces sujets, c'est l'*apathie*, la *lenteur*.

Ils sont capables d'attachement pour leurs parents et les personnes qui s'occupent d'eux. Ils aiment le jeu et il est classique d'insister sur leur goût pour la musique qui ne va pas, d'ordinaire, au delà des rythmes simples.

Cet ensemble fait du mongolien le plus éduicable des idiots... (pp. 52-53).

En fait, il faut une patience à peine descriptible de la part des pédagogues spécialisés pour aboutir à des con-

naissances utilisables chez l'enfant mongolien, pour vaincre l'apathie, la lenteur, l'instabilité, les accès de colère. En revanche, dans des cas que nous avons suivis, l'articulation a été très améliorée, le vocabulaire enrichi et le stade de la lecture et de l'écriture atteint.

De l'*Idiotie myxoedémateuse*, le professeur L. Michaux dit, quant à l'éducabilité de ces malades :

L'état mental est variable, mais l'arriération est rarement aussi complète que dans la grande idiotie ; la mémoire, l'attention peuvent être assez développées ; surtout l'affectivité n'est pas nulle ; ces enfants sont en général doux et tranquilles, ils sont dociles, n'ont pas de perversions, pas de colères, ce qui, joint à l'absence de tics et d'onanisme, donne un aspect assez particulier à cette idiotie...

... Une certaine éducabilité est possible, surtout depuis l'utilisation de l'opothérapie thyroïdienne, encore que celle-ci agisse beaucoup moins sur l'arriération que sur les troubles somatiques ; mais certains de ces sujets, précocement, correctement traités, ont pu atteindre à une vie sociale. (p. 56).

Nous avons eu l'occasion de vérifier cet optimisme pour un cas d'idiotie myxoedémateuse grave dont l'évolution sociale était étonnante, grâce au travail médico-pédagogique en Externat.

De l'imbécile, en général, le professeur Michaux dit, après l'avoir caractérisé :

L'utilisation de ces sujets dépend pour une grande part, des troubles du caractère ; c'est ainsi que certains imbéciles, doux et tranquilles, peuvent donner satisfaction dans des travaux manuels simples, ne demandant pas d'initiative. (p. 63).

C'est certainement cette absence d'initiative, du moins de toute initiative raisonnée, qui détermine toute l'éducation de l'imbécile, au stade « scolaire ». Car même avec des acquisitions sur le plan graphique, lexique et du nombre qui peuvent être poussées assez loin, c'est l'incapacité de l'imbécile d'*utiliser* ces connaissances dans des situations inhabituelles qui représente la véritable limite de son éducabilité.

Mais la tâche du pédagogue est encore plus ingrate quand les troubles de l'intelligence sont accompagnés de troubles

de l'ouïe, de la vue, de l'équilibre ou, surtout, de crises épileptiques. Le professeur L. Michaux, dans une étude sur « Les Incidences scolaires de l'épilepsie » (*Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile*, mars 1957), en énumérant les facteurs permanents, dit, au sujet des troubles de l'intelligence :

... Les uns sont d'arriération. Celle-ci peut atteindre à l'idiotie ou à l'imbécillité : le problème scolaire ne se pose pas ici. Elle consiste plus souvent en débilité mentale ou en arriération simple... (p. 70).

Le problème de la scolarité spéciale, non seulement adaptée aux conditions particulières de l'enfant épileptique, mais surtout à celles des troubles intellectuels doit être posé là encore.

Même parmi les déficients mentaux, l'épileptique garde certaines attitudes caractéristiques relevées par le professeur Michaux, dans le même article :

L'épileptique, intelligent ou non, a souvent sa forme d'intelligence. Elle s'exprime par la bradypsychie, viscosité mentale, la lenteur de l'évocation mnésique, la déficience de l'attention. Ces particularités expliquent la nécessité de méthodes pédagogiques spéciales...

En ce qui concerne la fréquentation d'un établissement spécialisé pour les arriérés, un fait mérite d'être souligné : Le professeur Michaux note, sous le chapitre des incidences scolaires « que le spectacle d'une crise comitiale peut déclencher dans la classe une petite épidémie d'hystérie convulsive » (p. 72). Or, dans l'établissement qui fait l'objet de notre étude, les enfants arriérés mentaux, même les plus évolués, n'ont jamais attribué aucune importance à la chute de leur camarade, si ce n'est pour signaler, accessoirement, à la maîtresse : « M'selle, Martine est tombée.. ».

*
* *

Il nous reste à étudier la collaboration médico-pédagogique sous certaines formes concrètes, dans un établissement spécialisé dont la formule semble nouvelle. Il s'agit de l'Externat que le « Groupement de Recherches Pratiques pour l'Enfance » a installé, à titre expérimental, au centre de Paris (50, rue Sainte-Anne). Des médecins, des

pédagogues, des éditeurs, des juristes, des journalistes ont cherché une solution au problème angoissant de l'enfance déficiente mentale.

L'Externat fonctionne avec l'horaire d'une école normale. Les enfants viennent parfois d'assez loin, faisant jusqu'à cinquante kilomètres, matin et soir. Pour les plus fatigables parmi les enfants, une journée sur deux seulement est scolaire. Un médecin neuro-psychiatre a la responsabilité médicale de l'établissement. Un pédagogue expérimenté en assure la direction. Chaque classe comprend environ dix enfants, encadrés par deux institutrices spécialisées. La première classe est réservée aux enfants les plus bas qui, le plus souvent, ne parlent pas, ne sont pas propres et n'ont aucune connaissance sociale ni aucune expérience sensorielle. Neuf de ces enfants ont pu passer, cette année, dans la deuxième classe où une autre dizaine d'enfants, avec deux institutrices, abordent le graphisme et apprennent à utiliser l'analyse des formes et des couleurs. La troisième classe, enfin, de même importance, groupe les enfants d'un niveau quelque peu inférieur à celui d'une classe de perfectionnement publique. Cinq enfants ont passé, à la fin de l'année scolaire, de la deuxième à la troisième classe. Trois enfants ont quitté cette dernière classe pour rentrer dans le circuit quasi-normal.

Aux institutrices spécialisées dont le travail représente une synthèse de techniques diverses, depuis celles d'une classe maternelle jusqu'aux méthodes nuancées de la rééducation motrice, se joignent des spécialistes de l'orthophonie, de la kinésithérapie et de la rythmie. Le matériel très varié dont se servent les rééducatrices est emprunté à Seguin, Montessori, Decroly ou a été élaboré par les membres de l'équipe. La succession des procédés employés est des plus intéressantes, mais sort du cadre de notre sujet.

Quelques observations faites, en cours d'année, à la suite d'une étude systématique ou simplement dues au hasard, démontrent la richesse des expériences qui peuvent résulter d'un travail commun, entre médecins et pédagogues.

DES REPERCUSSIONS DE LA SCOLARITE SPECIALISEE SUR LE CONTACT ENTRE LA FAMILLE ET LE MEDECIN

Au cours de la constitution du dossier d'admission de l'enfant à l'école, un phénomène curieux a été constaté avec une certaine régularité.

Questionnés pour indiquer les noms de médecins consultés au sujet de l'enfant arriéré et encore pour dire à quel moment la famille s'est rendu compte de la déficience, les parents ont révélé une certaine similitude dans leur façon d'agir. Sauf dans les cas où une malformation, un symptôme ou un incident frappant ont déclenché l'intervention de spécialistes dès la naissance, la presque totalité des familles ont attendu deux ans et davantage pour s'étonner d'un retard de la parole. C'est à ce moment qu'un praticien d'abord, un pédiatre ensuite sont consultés. Des traitements sont entrepris, dans un nombre de cas, poursuivis avec beaucoup d'effort.

Puis, entre trois et six ans, de très nombreuses familles n'ont plus consulté de médecin, sauf pour des maladies d'enfants. L'enfant a commencé à dire quelques mots, il a mieux grandi, la famille a pris son parti quant à un « petit retard » qui s'arrangera à la puberté. Des frères et sœurs sont venus, normaux. Ou encore, la situation familiale a évolué et la mère se consacre entièrement à son enfant qu'elle accepte tel qu'il est.

Les situations sont multiples, mais toutes comportent plus ou moins cet abandon du concours médical.

A la question de savoir si la médication, au moins, a été maintenue, nous apprenons que plus de 90 % des familles en ont arrêté l'administration de leur propre initiative. La raison indiquée est, le plus souvent, l'excitation de l'enfant constatée quand il s'agit, par exemple, d'acides glutamiques, ou encore l'apparente inefficacité de la médication, ce qui fait que le produit, épuisé, n'est plus renouvelé. Quelques rares familles ont continué le traitement, pour ainsi dire à l'infini, par acquit de conscience, le médecin de famille étant parfois d'accord.

L'attitude des familles à l'égard des médecins consultés est souvent curieuse. Dans plusieurs cas, un sentiment de

gratitude s'est installé envers celui qui a « sauvé » l'enfant. Mais dans la majorité des cas, la famille a changé de médecin, de spécialiste. Elle reproche à chacun d'eux son échec. Seulement, nous l'apprenons sans difficulté, le médecin n'est plus consulté pour être mis au courant du résultat négatif du traitement. Il ne lui est offert aucune chance de vérifier, de rectifier la médication.

Dans un nombre impressionnant de cas, des concours non médicaux sont admis par la famille qui, après un sacrifice financier considérable, mettra au crédit du guérisseur ou du pèlerinage tous les progrès éventuels.

C'est à l'époque de l'âge scolaire qu'à nouveau la famille s'inquiète. L'enfant ne peut fréquenter l'école maternelle, avant cinq ans, au plus tôt. Il n'y est pas maintenu, le plus souvent, à moins qu'une directrice, une maîtresse veuille s'en charger, à titre exceptionnel. Puis, à six ans, plus aucune solution n'existe. L'enfant n'est pas admis à l'école et refusé par la Commission médico-scolaire dans la classe de perfectionnement. Il est trop âgé maintenant pour la classe maternelle. Un jardin d'enfants l'accepte pendant quelques mois, une maîtresse vient à la maison deux fois par semaine, finalement, l'enfant reste sans solution scolaire, sans traitement médical, oisif.

C'est incontestablement le mérite des assistantes sociales d'avoir, dans un grand nombre de cas, encouragé la famille à retourner voir un médecin, à aller à une consultation hospitalière. Ce sont elles, aussi, qui généralement découvrent l'adresse d'un établissement qui, peut-être, se chargerait de l'enfant.

C'est ainsi que l'enfant vient à l'Externat. Dans d'autres cas, le médecin neuro-psychiatre y envoie l'enfant. La solution scolaire découverte, la famille est tranquillisée. Elle parle d'apprentissage de l'écriture et de la lecture. Les médications prescrites sont rarement suivies.

Le premier résultat dans le sens d'une véritable coopération médico-pédagogique peut alors être constaté :

L'observation très régulière et patiente de l'enfant par le personnel spécialisé de l'établissement aboutit à des conclusions que résume le neuro-psychiatre de l'établissement. L'étude du cas peut être fondée sur des précisions que l'on n'obtient, en général, que chez des malades hospitalisés. Des médications nouvelles peuvent être proposées.

Quand le travail pédagogique aboutit à des résultats positifs, la réaction de la famille est encore plus intéressante. Elle prend note des premiers progrès enregistrés avec une émotion visible. Puis, à peine suggérée par le directeur, l'idée de revoir le spécialiste s'impose. Nous avons entendu des familles annoncer la décision sur un ton vindicatif : « lui qui a dit qu'il n'y avait pas grand' chose à faire ! Il sera étonné ! »

Tous les trois mois, un rapport pédagogique très détaillé sur tous les aspects du comportement et du travail de l'enfant est fourni à la famille, avec un double pour le spécialiste traitant. Ce rapport aide considérablement le médecin. Les traitements qu'il propose peuvent être plus nuancés. Il est sûr de revoir l'enfant et de connaître l'effet du traitement.

En fait, chaque rapport trimestriel fournit à la famille l'occasion de revoir le médecin. La plupart des parents utilisent cette occasion, parfois avec l'espoir secret de remettre en question le diagnostic initial d'imbécillité, par exemple. Le contact est rétabli. On peut être certain que, grâce au double effort médical et pédagogique, le maximum de ce qui est possible pour chaque enfant sera effectivement atteint.

*
* *

Une parenthèse doit être ouverte au sujet du rôle que joue le neuro-psychiatre d'établissement. Il ne se présente pas de la même façon que pour un internat où le médecin est maître pour toute décision d'ordre médical. Dans un Externat, la famille reste libre de consulter d'autres médecins, d'exécuter les ordres du psychiatre d'établissement ou non. Un enfant envoyé à l'établissement par un spécialiste reste suivi par le spécialiste selon les règles élémentaires de déontologie médicale.

Le rôle joué par le spécialiste de l'externat pourrait être des plus délicats si le fonctionnement de l'établissement ne lui permettait pas, d'autre part, de fournir un travail d'une importance considérable qui est assez proche, tout en le dépassant, de celui d'un médecin d'hygiène scolaire. Plus que celui-ci, il tire des conclusions médicales d'un effort pédagogique, conseille les pédagogues là où leurs compétences sont limitées, assure le contact avec les confrères

res traitants, notamment en interprétant les constatations faites en classe, à la suite des traitements.

L'Administration s'est déclarée en désaccord avec cette façon de concevoir le rôle d'un psychiatre d'établissement. Elle estime que le médecin d'établissement doit seul décider des traitements si l'Externat veut être plus qu'une simple école aux méthodes spéciales.

Il pourra être nécessaire de s'incliner devant les exigences administratives. Les faits constatés et sommairement rapportés n'en sont pas moins évidents.

*
* *

Quelques épisodes de caractère anecdotique montreront l'aspect que prend, pratiquement, la coopération étroite entre le médecin et l'équipe pédagogique expérimentée.

A un enfant particulièrement instable avait été prescrit un traitement. C'est la mère qui administrait le médicament matin et soir. L'effet donnait entière satisfaction à la famille puisque l'enfant faisait preuve d'une docilité extrême.

Les institutrices eurent vite fait de s'inquiéter d'une apathie excessive avec somnolence et anorexie. Ainsi fut établi que les parents avaient très mal lu les indications se rapportant aux doses à prendre. Il est probable que la famille n'aurait trouvé aucune raison de cesser un traitement aussi « efficace » qui eût pu mal finir.

Pour un garçon épileptique, les parents n'avaient pas renouvelé le tube de gardénal et, en dépit de plusieurs rappels, l'enfant restait sans médicament pendant un certain temps. L'absence de toute crise — quotidienne quelques mois plut tôt — fut aussitôt signalée au médecin d'établissement. Le médecin traitant, alerté, fit procéder à un nouvel E.E.G. et, constatant effectivement une amélioration, put réexaminer la situation.

Dans plusieurs cas, les examens de la vue et de l'ouïe par les spécialistes consultés n'avaient donné aucun résultat, car l'enfant, arriéré profond, avait mal réagi aux excitations diverses et n'avait compris aucune consigne verbale, sans parler de « lecture » sur les tableaux graphiques d'acuité visuelle, même quand la lettre était remplacée par une image.

Ce sont les institutrices spécialisées qui ont pu fournir

l'équivalent des renseignements nécessaires, sur la base de leurs expériences quotidiennes, permettant ainsi l'appareillage des enfants, dans certains cas.

*
* *

Il nous semble intéressant, enfin, de citer avec plus de détails, une observation où le rôle joué par l'équipe pédagogique dans la détermination de l'efficacité d'un traitement est particulièrement visible.

L'expérience nous paraît instructive également parce qu'elle a permis de contribuer à l'étude de l'effet d'un médicament et qu'on a su en tirer un bénéfice éducatif.

L'enfant Gérard L., 8 ans, était d'une instabilité extraordinaire, qui rendait vain tout effort éducatif. Une tentative de traitement avec la chlorpromazine fut entreprise.

Une amélioration très nette fut rapidement constatée, tant par la famille qu'à l'Externat.

Cette amélioration dura une semaine. Puis, tout redevint comme auparavant. Les tics revinrent, l'agitation était peut-être encore accentuée.

Quelle eût été la conclusion si l'enfant s'était trouvé dans la famille ? Il est probable que celle-ci eût vite oublié l'amélioration passagère pour constater l'échec terminal. Il est vrai qu'une semaine plus calme ne compte pas dans une suite d'années.

Or, nous lisons dans le cahier d'observations pédagogiques :

Rapport fourni le 10 avril 1957. *Enfant Gérard L., 7 ans, 10 mois.*

Après trois mois d'observation :

Dans notre rapport, après un mois de présence, le 4 février, nous avons analysé les possibilités de l'enfant. Nous avons signalé son instabilité particulière, son excitation permanente qui gêne considérablement tout travail éducatif.

L'enfant a été vu, à deux reprises, par le psychiatre de l'établissement et renvoyé au médecin traitant qui lui a ordonné de la Chlorpromazine plus un barbiturique à action prolongée à la dose de 10 cg. par 24 h. Cette médication a été entreprise à partir du 14 février.

Nous avons constaté alors une stabilisation réelle :

Comportement entre le 14 février et le 20 février (avec médication).

Gérard est devenu calme et même obéissant. Il s'est

intéressé aux tâches scolaires, acceptant des activités qu'il n'aimait guère auparavant. Ses déplacements continuels ont cessé, ainsi que son agressivité envers les autres enfants. Les tremblements se sont manifestés moins fréquemment.

Pendant cette même période très courte, les connaissances scolaires suivantes ont été acquises :

Couleurs : Gérard connaît les quatre couleurs principales, plus le marron et le noir. Il confond encore le bleu et le violet. Il apparie les six couleurs, sans erreur. Il sait montrer ces couleurs, il sait nommer les quatre couleurs principales, sans erreur. Il sait utiliser le rouge.

Exercices sensoriels et manuels : (suit l'énumération des acquisitions, dans les divers domaines, représentant les progrès constatés au cours des matinées de la période calme).

Après cette période, l'enfant est redevenu comme avant :

Enfant agité, impulsif, violent, incapable de contrôler ses gestes. Son instabilité va en croissant. Son agressivité devient dangereuse, dans le cadre de la classe. Il bouscule, frappe les enfants sans aucune raison.

*
* *

Donc, la période de calme due au traitement médicamenteux, avait permis aux enseignants d'aboutir à des résultats didactiques qu'il eût été impossible d'obtenir auprès de l'enfant instable, avant le traitement.

Il serait faux de considérer ces résultats comme inutiles. Les connaissances acquises, les progrès enregistrés ouvrent des perspectives nouvelles à l'enseignement qu'il ne faut pas considérer comme une série de leçons successives, comme une quantité d'aptitudes, mais comme une suite de paliers dont chacun a un niveau qualitativement supérieur au précédant. Ainsi, l'enfant autrefois incapable de dénombrer deux unités (tout en sachant compter jusqu'à 10) a appris, pendant la période de stabilisation, à reconnaître la valeur numérique de « un » à « trois ». Si une nouvelle période de calme peut être obtenue, l'enfant éprouvera moins de difficulté à étendre cette aptitude à un nombre supérieur allant à six et peut-être davantage.

Il nous semble que cette façon d'étudier l'effet d'une médication à la lumière des acquisitions éducatives introduit des possibilités d'appréciation nouvelles pour le médecin.

MOYENS D'INVESTIGATION MEDICO-PEDAGOGIQUE

Il nous a semblé intéressant d'étudier, plus systématiquement, l'utilisation de l'observation et du travail pédagogiques au service de l'examen et du traitement neuro-psychiatriques .

C'est sur notre demande que les institutrices et le psychologue de l'établissement ont accepté de noter leurs observations, selon un plan précis, permettant notamment de connaître l'effet réel d'une médication. (1)

Nous sommes partis de la constatation classique que le professeur L. Michaux résume ainsi pour l'imbécile (*Psychiatrie Infantile*, p. 62) : « ... sa mémoire est médiocre, son attention instable, rapidement fatiguée, son activité est puérile ; le vocabulaire est pauvre... »

Nous avons voulu savoir, à l'aide des observations faites quotidiennement au cours d'un travail habituel, si, à la suite d'une médication (chlorpromazine, par exemple) la mémoire devenait meilleure, l'attention plus stable, moins rapidement fatiguée, l'activité plus complexe, le langage plus riche...

Nous nous trouvons ici sur un terrain solide d'observation où n'intervient aucune considération psychologique subjective.

L'exercice demandé à l'enfant était le même qui lui eût été proposé dans le cadre des tâches habituelles : un enfilage, un tri de couleurs ou de formes, un assemblage, un puzzle, un loto, une composition aux lettres mobiles ou un exercice de nombres. Autour de lui règnent les bruits connus venant des autres enfants qui forment la classe composée de dix enfants pour deux institutrices. C'est l'une d'elles qui se tient assise à côté de l'enfant, aidant comme toujours, conseillant lorsque le travail est nouveau ou mal connu, encourageant ou assistant passivement quand la manœuvre est devenue familière.

Elle note sur sa feuille d'observation le nom de l'enfant, la date et l'heure, la tâche choisie ; elle mentionne si cette tâche est nouvelle, mal connue ou connue, si l'exercice a

(1) Ces observations ont pu être faites grâce à la collaboration de toute l'équipe pédagogique de l'année scolaire 1955-56, en particulier . Mmes F. Flament, A. Olivier, Mlle L. Larré, F. Japy, M.A. Brauner.

été choisi par l'enfant, suggéré ou imposé par l'institutrice, si elle a aidé ou non à l'exécution. Elle note l'ambiance bruyante ou calme. Enfin, elle inscrit si l'observation s'est faite avant, pendant ou après le traitement médicamenteux.

Ce qu'il s'agissait de mesurer, à l'aide d'un chronomètre, était d'abord la durée du travail réalisé par l'enfant. C'était là l'aspect quantitatif de l'observation.

La qualité de l'effort mental se traduisait par les interruptions constatées. Qu'elles fussent occasionnées par une cause extérieure : intervention d'un autre enfant, incident bruyant, entrée d'un adulte dans la classe ou par la fatigue de l'enfant observé, n'apparaissait que dans la colonne des observations. La fatigabilité ou la force de concentration, la stabilité ou la labilité devenaient visibles dans la fréquence des abandons motivés ou non, par la durée de la déviation, par l'effort nécessaire pour revenir à la tâche.

Il est évident que d'autres considérations encore interviennent, comme l'intérêt pris à la tâche qui se traduit par une plus grande stabilité de l'attention et l'automatisation du geste. Mais puisque l'intérêt et l'automatisation sont les facteurs qu'il s'agit de provoquer et d'entraîner et qui dictent finalement, par l'intervention du cortex, l'attention et la stabilité, les notes prises sont du plus grand intérêt, dans les différences qui apparaissent, pour un travail égal dans des conditions semblables, avant, pendant et après le traitement.

Voici, à titre d'exemple, une observation de l'enfant Jean-Paul Ch., 7 ans :

I. - *Observation sans médicament.* Le 2 mai, 11 h. 07. Tâche mal connue, dirigée, consistant à ranger des couleurs sur le tapis, avec la consigne : « à côté, dessus, dessous... »

	N°	Durée
Mise en train :		0
Phase de travail	1 :	30"
Interruption	1 :	10"
Phase de travail	2 :	10"
Interruption	2 :	10" (passage d'un adulte)
Phase de travail	3 :	10"
Interruption	3 :	1 minute (refus)
Phase de travail	4 :	1 minute
Interruption	4 :	10" (passage d'un adulte)
Phase de travail	5 :	30"
Interruption	5 :	10" (l'adulte sort)

Phase de travail 6 : 30'' (l'exercice est terminé)
 Jean-Paul range spontanément.
 L'exercice est acquis. Durée totale : 4' 30''.

Le même enfant.

II. - *Observation avec médicament* (chlorpromazine). Le 11 mai, 11 h. 25. Travail connu, suggéré, librement exécuté.
 Encastrement de figures géométriques.

Mise en train : 0
 Phase de travail 1 : 20''
 Interruption 1 : 3'' (le voisin bouge, se déplace)
 Phase de travail 2 : 50''
 Interruption 2 : 3'' (sans motif)
 Phase de travail 3 : 1 minute.
 Il a terminé. Rit bruyamment. Durée totale : 2' 30''
 Il entreprend aussitôt un nouveau travail.

Le même enfant.

III. - *Observation avec médicament*, le 16 mai, 11 h. 05. Travail nouveau, imposé, dirigé : puzzle, loto.

Mise en train : 1 minute
 Phase de travail 1 : 40''
 Interruption 1 : 8'' (ne sait pas faire)
 Phase de travail 2 : 55'' (réussit)
 Interruption 2 : 3'' (regarde un enfant qui pleure)
 Phase de travail 3 : 2' 20'' (a compris et poursuit)
 Interruption 3 : 12'' (regarde en l'air, fatigué)
 Phase de travail 4 : 1' 50'' (termine lentement)
 Interruption 4 : 6'' (a terminé)
 Phase de travail 5 : 2 minutes (rangement lent).
 Durée totale : 9' 14''. Va aussitôt choisir un travail connu.

Le même enfant a été observé, selon les mêmes principes, le 1^{er} juin 1956, donc deux semaines plus tard, vers la fin de la troisième semaine de l'application du médicament.

IV. - Cette observation est particulièrement intéressante :

Trois tâches sont données à l'enfant :

- 1) puzzle-loto ; tâche nouvelle, imposée, dirigée.
- 2) loto-images : tâche connue, recherchée, exécutée librement.

3) puzzle-loto : tâche mal connue, suggérée (déjà faite la veille).

Mise en train :	30''	
Phase de travail 1 :	1' 05	
Interruption 1 :	8''	
Phase de travail 2 :	2' 10''	(termine rapidement, content de lui)
Interruption 2 :	40''	(range sur ordre. Cherche le 2 ^e exercice)
Phase de travail 3 :	1' 10	
Interruption 3 :	22''	(un enfant crie très fort)
Phase de travail 4 :	2' 35''	(J.-P. termine, en dépit du bruit)
Interruption 4 :	30''	(Il ralentit. Lassitude. Il termine. Les cris cessent. Il va ranger le jeu). Il cherche, sur ordre, n° 3.
Phase de travail 5 :	1 minute	(Puzzle appris la veille)
Interruption 5 :	20''	(explications sont nécessaires)
Phase de travail 6 :	1' 30''	(Travaille mais doit être aidé)
Interruption 6 :	1' 40''	(A bien terminé. Pris d'excitation il démolit tout)

La récréation est annoncée.

Phase de travail 7 :	50''	(J.-P. doit ranger avant de sortir)
Interruption 7 :	40''	(Veut partir. Finalement range)
Durée totale : 16'.		

Commentaires

L'observation n° 1 est caractéristique pour l'instabilité de Jean-Paul qui lève fréquemment la tête et perd, sur quatre minutes et demie, un tiers de son temps en cinq interruptions.

La deuxième observation, au début du traitement, montre une prolongation des phases de travail, due plutôt au fait que la tâche est connue et qu'elle intéresse l'enfant.

La troisième observation, encore faite au cours de la première semaine du traitement, montre que l'enfant est fatigué. D'autres observations réalisées avec le même enfant et avec d'autres enfants recevant le même médicament, prouvent qu'il s'agit d'une certaine somnolence caractéristique pour le début de ce traitement. Elle disparaît au cours de la deuxième semaine, faisant place, au cours de la troisième semaine, à une surexcitation également passagère dans la plupart des cas (phase de travail 6, avec démolition).

On remarque, au cours de la dernière observation citée du 1^{er} juin, que Jean-Paul termine sa deuxième tâche, en

dépît des cris perçants d'un voisin, alors qu'il est particulièrement sensible au bruit. Cet effort le fatigue visiblement, mais l'enfant réussit à persévérer.

La première tâche, le puzzle-loto, qui demande aux débutants de quatre à six minutes, est réussie par Jean-Paul en 3' 15'', avec une seule interruption de 8 secondes, ce qui est une performance remarquable pour cet enfant arriéré profond. Elle peut être mise à l'actif du médicament : attention concentrée, fatigabilité moindre.

Cet enfant a été observé huit fois :

le 2 mai : deux observations à deux heures d'intervalle.

le 4 mai : une observation.

le 5 mai : deux observations à 1 h. 1/2 d'intervalle.

soit cinq observations *sans médication*, d'une durée respective de 4'30'', 6', 6', 2', 4'25''. Dans toutes ces observations, la fatigabilité de l'enfant et son instabilité étaient frappantes.

Le début du traitement est fixé au 10 mai. L'enfant est observé les 11 mai, 16 mai et le 1^{er} juin, les durées de travail étant respectivement de 2'30'', 9'14'' et 16'.

Il ressort encore des annotations qu'au deuxième jour du traitement (11 mai) l'enfant travaille comme toujours avec des mouvements saccadés ; l'exercice terminé, il reprend spontanément la pâte à modeler qui ne lui demande pas d'effort et représente son « travail-refuge ». Le 16 mai, il est somnolent. Il est très las après l'effort qui a duré 9'14''. Le 1^{er} juin, il accepte trois tâches et ne s'impatiente qu'à la troisième.

La série d'observations est interrompue par le départ anticipé en vacances de l'enfant.

*
* *

Une autre série d'observations entreprise fut consacrée à l'étude de la « force de l'attention » de certains enfants. Il s'agissait de savoir dans quelle mesure un enfant, grâce au traitement entrepris, résistait mieux aux sollicitations ambiantes et aux bruits.

La question est intéressante puisqu'il s'agit, en fait, d'examiner la résistance nerveuse aux excitations étrangères à la tâche entreprise par l'enfant.

L'enfant choisi était Philippe V., onze ans, un garçon d'une instabilité extrême. A son arrivée à l'Externat, il sifflait, poussait des cris stridents, répétait sans arrêt quelques mots-rengaines stéréotypés et troublait sa petite classe de différentes manières. Ses progrès, au bout de quelques mois de présence, étaient considérables, mais il restait extrêmement sensible à tout ce qui se passait autour de lui, interrompant son travail au moindre bruit.

Au mois de mars, alors qu'il prenait un certain nombre de sédatifs divers, une observation entre autres donnait le résultat suivant pour un travail pendant 6 minutes :

Consigne : lettres rugueuses. Rechercher ensuite la même lettre dans une boîte remplie de lettres mobiles.

Phase de travail 1 :	1 minute
Interruption 1 :	10" (Antoinette grogne. Philippe l'imité en riant bruyamment).
Phase de travail 2 :	45"
Interruption 2 :	5" (même incident)
Phase de travail 3 :	40" (Philippe travaille, mais rit et grogne comme Antoinette)
Phase de travail 4 :	1 minute (tout en travaillant, Philippe rit, bouge la tête. Rappelé à l'ordre, il arrête)
Interruption 4 :	10"
Phase de travail 5 :	35"
Interruption 5 :	8" (Jean-Jacques s'est levé. Philippe l'observe, pousse un « oh ! » pour dénoncer son déplacement, imite un tic de ce garçon, puis, rappelé à l'ordre, se remet au travail)
Phase de travail 6 :	1 minute
Interruption 6 :	3" (regarde autour de lui, retravaille)
etc...	

Le 25 juin, deux semaines après le début du traitement par la chlorpromazine, une feuille d'observation établie à la même heure de la journée, pour un même travail suivi par la même institutrice, dans une ambiance assez semblable, donne le résultat suivant :

Mise en train :	immédiate
Phase de travail 1 :	1' 15"
Interruption 1 :	2" (Arnold chantonne. Philippe l'imité, tout en travaillant)
Phase de travail 2 :	30"
Interruption 2 :	1" (lève la tête vers Brigitte qui pleurniche)
Phase de travail 3 :	35"
Interruption 3 :	3" (lève la tête, regarde, rit).

Phase de travail 4 : 50''
Interruption 4 : 2'' (regarde ce qui se passe puis continue)
etc...
termine en 7 minutes, sans erreur

Commentaires

On remarque que la durée des interruptions est nettement plus courte qu'autrefois. Philippe est mieux orienté vers son travail, plus « concentré ». Si son attention est toujours facilement attirée par tout ce qui se passe autour de lui, il réussit à retourner rapidement à son centre d'intérêt volontaire.

Deux jours plus tard, à l'occasion d'une tâche différente, on note un comportement, chez Philippe, où les phases d'attention alternent avec des interruptions à un rythme rapide, mais toujours avec une prépondérance de la période de travail, de sorte qu'en sept minutes de durée totale, l'enfant s'interrompt seize fois pour environ trois secondes, ce qui laisse aux phases de travail six minutes entières. Mais chaque minute est coupée à deux ou trois reprises. La tâche est terminée avec succès. En même temps les gestes secondaires inutiles diminuent. Les exclamations et les cris sont moins forts et se transforment en un grommelage presque incessant mais moins gênant pour la classe.

*
* *

Ces observations systématiques, tout comme les faits vécus que nous avons rapportés plus haut, peuvent démontrer l'efficacité d'une coopération médico-pédagogique sincère.

Il est vrai que, pour parvenir à une telle coopération, il ne suffit guère de la prévoir dans un règlement. Deux psychologues diplômées ont consenti, au cours des deux dernières années, à s'intégrer dans l'équipe pédagogique où elles ont fait un travail d'enseignement et d'éducation. Elles ont déclaré, l'une et l'autre, qu'elles ont découvert la véritable richesse de leur métier dans ce travail de base et que leurs techniques et tests, dans la mesure où il restait du temps pour les pratiquer, prenaient toute leur valeur dans la vérification de l'effort réalisé.

C'est exactement dans le même esprit que la place du médecin d'établissement ne devrait plus jamais être dans son cabinet médical aux portes capitonnées, à date fixe. Même la présence à une réunion de synthèse, avec le personnel pédagogique, que bien des médecins considèrent comme une preuve suprême de compréhension, n'est pas suffisante.

Le travail pédagogique se fait dans les classes, entre les cubes, les puzzles, les lettres découpées sur les tables et sur le tapis. C'est là que le médecin, s'il veut connaître les enfants, doit se chercher une petite place, au milieu des élèves et des éducateurs enseignants, aussi souvent que possible. C'est là qu'il verra vivre et progresser, ou encore souffrir et plafonner les enfants pour lesquels on lui demande une décision médicale.

C'est ainsi que le médecin saura agir en connaissance de cause.

CONCLUSIONS

Au cours d'un siècle et demi de recherches et d'expériences, les médecins précurseurs de la neuro-psychiatrie infantile ont travaillé à améliorer les aptitudes des enfants arriérés mentaux profonds, à l'aide de procédés où la pédagogie spécialisée jouait un rôle primordial.

Depuis 1882, la Loi sur l'obligation scolaire conduit aux enseignants tous les enfants à instruire, mais seuls les plus perfectibles parmi les retardés sont acceptés dans les classes dites de « perfectionnement » (Loi de 1909). Les *débiles profonds* et les *imbéciles* qui, pourtant, se comptent par dizaines de milliers dans un pays de quarante millions d'habitants, restent à l'écart, essentiellement à la charge de l'effort médical et sans mesure éducative systématique qui vienne le compléter.

D'autre part, les solutions de perfectionnement mental envisagées semblent malencontreusement liées à des tendances nées face au problème scolaire, en général. Il en résulte une fausse impression de désaccord entre médecins et pédagogues, sur le fond du problème.

Or, la coopération médico-pédagogique est indispensable : à la différence de l'« inadaptation » due à des causes « sociales » — dans le sens le plus large du mot —, l'arriération mentale à base *organique* offre des problèmes essentiellement médicaux. Cette discrimination faite, le médecin, en dépit des possibilités médicamenteuses récentes, ne saurait renoncer au concours des pédagogues spécialisés pour améliorer les aptitudes vitales des jeunes malades.

C'est dans cet esprit que nous avons étudié les tâches qui incombent aux différents membres d'une équipe médico-pédagogique spécialisée pour les grands arriérés.

Dans la réalité, le travail d'insertion plus ou moins partiel des enfants arriérés mentaux « organiques », doit tenir compte de leur grand nombre, mais encore de la volonté digne de respect de nombreuses familles désireuses de garder près d'elles leur enfant dont la présence est pourtant une lourde charge et souvent un danger pour les autres enfants. Dans le cas des arriérés mentaux profonds dont les troubles caractériels ne dépassent pas un certain degré, la solution appropriée nous semble être le maintien dans la famille et la rééducation dans un « Externat Médico-Scolaire » spécialisé.

Une expérience vécue nous a permis d'illustrer notre pensée quant aux possibilités réelles d'une collaboration entre médecins et pédagogues enseignants, dans un tel établissement, au service des enfants arriérés profonds non internés.

Paris, octobre 1957.

BIBLIOGRAPHIE

(Articles et ouvrages consultés)

BOURNEVILLE D.

- De l'assistance des enfants incurables. 1889.
- Assistance, traitements et éducation des enfants idiots et dégénérés. (Biblioth. d'éducation spécialisée. 1894).
- Mémoire sur la condition de la bouche chez les idiots, suivi d'une étude sur les conditions médico-légales des aliénés.
- Préface à *Itard* : Rapport et mémoires.
- Recueil de mémoires, notes et observations sur l'idiotie (Progress médical. 1891. Bibl. d'éduc. spéc.).
- Traitement et éducation de la parole chez les enfants idiots et arriérés. (1895).
- Préface à l'ouvrage de *Seguin* : Rapports et mémoires sur l'éducation des enfants normaux et anormaux. (1895).
- Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. (Comptes rendus sur les enfants arriérés de Bicêtre. 1880 et années suiv.).

BRAUNER A.

- Pour en faire des hommes. Etude sur le langage et le jeu chez les enfants « inadaptés ». (S.A.B.R.I. 1956).
- Bases théoriques d'une pédagogie pour arriérés mentaux. (Groupement de Recherches Pratiques p. l'Enfance).

DESCŒUDRES A.

- L'éducation des enfants arriérés (Delachaux Niestlé).

DOUSSINET P.

- La déficience mentale et ses problèmes. (Ed. Hermann, 1955).

ESQUIROL.

- Préface à *Seguin* : Résumé de ce que nous avons fait.

GUILMAIN E.

- De la nécessité d'une collaboration médico-pédagogique (Cahiers de l'Enfance Inadaptée, n° 3, 5^e année. Déc.-janv. 1955).

HEUYER G.

- Préface à *Michaux* : Psychiatrie Infantile. (P.U.F., 1953).
- Préface à *Gilbert-Robin* : précis de Neuro-Psychiatrie Infantile (Ed. Doin. 1950).
- Introduction dans la Neuro-Psychiatrie Infantile (P.U.F. 1952)
- Bilan de 25 années de travail. (Congrès de l'U.N.A.R., Nancy, 1949. in « Sauvegarde » 1949). —

INHENDER B.

- Le diagnostic du raisonnement chez les débiles mentaux. (Delachaux-Niestlé).

KOHLER C.

- Les déficiences intellectuelles chez l'enfant. (Collect. Padeia).

et THEVENIN L.

- Les problèmes neuro-psychiatriques et médico-pédagogiques de l'enfant (P.U.F.).

et autres

- L'enfant arriéré dans sa famille. (Centre d'act. pédagog.).

LANG J.-L.

- Enseignement, éducation et rééducation dans le fonctionnement des établissements pour déficients intellectuels. (Revue de Neuro-Ps. Inf., mars 1957).

LE GUILLANT L.

- Remarque sur la formation des éducateurs. (Sauvegarde. Février 1950).

LAFON P.

- L'équipe de Psycho-Pédagogie médico-sociale. (Congrès de l'U.N.A.R., 1950).

S. LEBOVICI.

- L'action conjointe pédagogique et psychothérapeutique dans un internat spécialisé. (Revue de Neuropsych. Inf.) Juillet-Août 1957.

MICHAUX L.

- Psychiatrie Infantile. (P.U.F., 1953).
- Le problème médico-scolaire de l'épilepsie infantile et juvénile. (Progr. méd., Janvier 1953).
- Les incidences scolaires de l'épilepsie. (Revue de Neuro-Psych. Inf. (Mars 1957)).
- Le problème médico-social de l'épilepsie infant. (Semaine de Hôp. Février 1952).
- Préface à L. Moor : La pratique des tests mentaux en psychiatrie infant. (Ed. Masson. 1957).
- L'organisation Française de l'assistance aux insuffisants mentaux. (Sud Médical et Chirurg. Avril 1957)
- L'Enfant Inadapté. Rôle médico-social du médecin (Doin 1957).

MONTESSORI M.

- L'Enfant. (Ed. Desclée de Brower, Paris).

PRUDHOMMEAU.

- L'enfance anormale. (P.U.F.).

REY A.

- Arriération mentale et premiers exercices éducatifs. (Delachaux-Niestlé. 1953).

SEGUIN E.

- Résumé de ce que nous avons fait depuis 14 mois.
- Hygiène et éducation des idiots (Annales d'hyg. publ. et de médecine légale. 1843).
- Théorie et pratique de l'éducation des enfants arriérés et idiots.
- Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et autres enfants arriérés ou retardés dans leur développement.
- Rapport et mémoires sur l'éducation des enfants normaux et anormaux. (Trad. de l'anglais. - Progr. méd. 1895).

WAHL.

- A propos de l'éducation des enfants arriérés. (Annales de neurologie, 1900).

ZAZZO R.

- Qu'est-ce que la débilité mentale ? (La Raison, n° 16).

REVUES - PERIODIQUES - JOURNAUX

American Journal of Mental Deficiency. (New-York).

Cahiers de l'Enfance. (Paris).

Cahiers de l'Enfance Inadaptée, particulièrement : Journées d'études.

Education. (1929).

Educateurs.

Encyclopédie Médicale (Revue mens. des publ. médicales).

Education Nationale.

Enfance. (P.U.F.).

Enfance anormale. (Bulletin nat. franç. pour l'étude de l'enfance anormale, devenue : Revue mensuelle des questions de médecine et de pédagogie.

Paedagogik. (Berlin. 1950-1957).

Sauvegarde de l'Enfance. (Organe de l'U.N.A.R., 1949 à 1957, particulièrement les numéros relatifs aux Congrès et numéro spécial sur les Aspects actuels du problème des insuffisances mentales chez l'enfant. N° 9/10. Nov.-Déc. 1953).

La Raison. (N° spécial n° 16 sur la « défectologie ». 1957. Paris).

Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile. (Paris. 1956-57).

Pro Infirmis. (Genève).

Journal Officiel, Lois et Décrets. (30 juin 1838, 28 mars 1882, 30 octobre 1886, 15 avril 1909, 25 mars 1956).

TABLE DES MATIERES

I. Origines et tendances du travail médico-pédagogique	13
II. Conditions actuelles de la coopération	23
III. Possibilités pratiques de collaboration	37

DE LA COOPÉRATION ENTRE MÉDECINS ET PÉDAGOGUES
AU SERVICE DES ENFANTS ARRIÉRÉS MENTAUX
(d'âge scolaire non internés)

Vu
et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :
signé : JEAN SARRAILH.

Le Doyen :
signé : LÉON BINET.

Le Président :
signé : LÉON MICHAUX.

